

Директору ГБОУ Школа № 1179  
И.В. Ромашиной

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Паспорт \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ когда выдан

№ СНИЛС \_\_\_\_\_

Место регистрации \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Электронный адрес \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу Вас зачислить моего (ю) (сына, дочь) \_\_\_\_\_  
(ф.и.о)

\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_

Ученика (цу) \_\_\_\_\_ класса, школы № \_\_\_\_\_

№ документа ребёнка:  
свидетельство о рождении \_\_\_\_\_  
серия, номер, дата выдачи

№ паспорт (от 14 лет) \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ номер когда выдан \_\_\_\_\_

Адрес регистрации ребёнка: \_\_\_\_\_

Домашний телефон \_\_\_\_\_ контактный телефон \_\_\_\_\_

в детское объединение \_\_\_\_\_

к педагогу дополнительного образования \_\_\_\_\_

Прошу учесть следующие особенности физического состояния ребёнка:

(указать все имеющие противопоказания, возможные аллергические реакции, перенесённые заболевания, особенности зрения: очки, контактные линзы)

С условиями организации учебного процесса ознакомлен(а) и согласен(а)

Медицинскую справку прилагаю \_\_\_\_\_

(Подпись заявителя)

дата начала обучения с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 года

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

Подпись \_\_\_\_\_