

муниципальное автономное общеобразовательное учреждение
города Калининграда
средняя общеобразовательная школа № 5
236004 г. Калининград, ул.З.Космодемьянской, 26
Тел-фон/факс 73-35-57 E- mail:maouschool05@edu.klgd.ru

Зачислить в _____ класс
_____ А.В.Коровин
« ____ » _____ 2024г.

Директору МАОУ СОШ № 5
А.В.Коровину

(Ф.И.О. заявителя)

Место проживания (адрес): _____

Телефон: _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу принять меня , _____
(Ф. И. О.)

Дата рождения: _____ место рождения: _____

в 10-й _____ класс

(указать профиль обучения)

к МАОУ СОШ № 5 г. Калининграда по очной форме обучения

Окончил 9-й класс в _____, изучал _____ язык

Сдавал предметы ОГЭ и получил следующие
баллы _____
_____.

Сведения о родителях (законных представителях) ребенка:

Мать:

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), адрес проживания, телефон)

Отец: _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), адрес проживания, телефон)

С Уставом МАОУ СОШ № 5, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен (а).

Результат (предварительный) о зачислении в учреждение прошу (нужное отметить):

- отправить по почте по адресу _____

- выдать при личном обращении;

- направить по электронной почте _____

К заявлению прилагаются:

1. Личное дело
2. Копия паспорта
3. Оригинал аттестата об основном общем образовании и копию аттестата об основном общем образовании
4. Согласие на обработку данных
3. Медицинская карта

« ____ » _____ 2024 г.

(подпись)