

Начальнику отдела образования
администрации Лебедянского
муниципального района
(наименование учреждения)

(Ф.И.О. руководителя)

(Ф.И.О родителя (законного
представителя)
проживающего по адресу _____

Паспорт(серия, номер, когда и кем выдан)

Контактный телефон _____

заявление

Прошу Вас разрешить прием ребенка _____

(Ф.И.О ребенка, дата рождения, место жительства)
не достигшего к началу учебного года возраста шести лет шести месяцев, либо
достигшего к началу учебного года возраста более восьми лет в первый класс
муниципального общеобразовательного учреждения средней (основной)
общеобразовательной школы _____.

Оригинал и копию медицинской карты с врачебным заключением о соответствии
возраста ребенка и готовности его к обучению, об отсутствии противопоказаний для
посещения общеобразовательного учреждения прилагаю.

На основании Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных
данных», Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации,
информационных технологий и о защите информации» с целью выдачи разрешения на
прием ребенка, не достигшего к началу учебного года возраста шести лет шести месяцев,
в первый класс учреждения образования _____,
даю согласие на обработку персональных данных моего ребёнка отделом образования
администрации Лебедянского муниципального района

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной в любой
момент по письменному заявлению.

Дата

Подпись