

**Информация для родителей детей,  
которым на 01.09.2024 не исполнится 6,6 лет или старше 8 лет**

- 1. Ребенку необходимо пройти медосмотр и получить заключение (форма № 026/у-2000) об отсутствии медицинских противопоказаний для обучения в более раннем/позднем возрасте.**
- 2. Заполнить заявление (смотри ниже).**
- 3. Заявление и копию заключения (форма №026/у-2000) отнести по адресу: г. Сергиев Посад, проспект Красной Армии, 203-в, каб. №308 (отдел дошкольного образования, тел. 8(496) 547-42-84) или опрaвить на электронную почту (сканы заявления и заключения (форма №026/у-2000) управления образования в отдел дошкольного образования [uo\\_serгиеvposad@mosreg.ru](mailto:uo_serгиеvposad@mosreg.ru)**

Заместителю главы городского округа-начальнику  
управления образования  
О.К.Дударевой

\_\_\_\_\_  
*ФИО родителя (законного представителя) ребенка*  
проживающего по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
паспорт (серия, №, когда и кем выдан) \_\_\_\_\_

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

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу разрешить прием на обучение в 1 классе в 2024-2025 учебном году в муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа №4» моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(ФИО ребенка полностью, число, месяц, год рождения)*

зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

На 01.09.2024г. ребенку исполнится полных \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ мес.

Отсутствие медицинских противопоказаний для обучения в более раннем/позднем возрасте подтверждаю заключением (форма №026/у-2000) от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
*(наименование медицинского учреждения)*

Даю согласие на обработку моих персональных данных и данных моего ребенка в соответствии с действующим законодательством в Российской Федерации.

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

/ \_\_\_\_\_  
(расшифровка)