

Рег. № \_\_\_\_\_ заявления

Директору Муниципального общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы с. Долина Федоровского района Саратовской области

Приказ о зачислении в ОО  
от \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО директора)

\_\_\_\_\_  
(ФИО родителя (законного представителя), поступающего)

**заявление.**

Прошу принять (зачислить) моего сына / мою дочь  
(нужное подчеркнуть)

в \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка) класс МОУ СОШ с. Долина для получения общего образования в \_\_\_\_\_ форме.  
(указывается форма обучения)

- Сведения о ребенке (или поступающего):

Дата рождения:

Адрес мест жительства и (или) адрес места пребывания ребенка: индекс: \_\_\_\_\_, область \_\_\_\_\_  
район: \_\_\_\_\_ населенный пункт: \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

- Сведения о родителях (законных представителей):

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии),

Адрес мест жительства и (или) адрес места пребывания: индекс: \_\_\_\_\_, область \_\_\_\_\_

район: \_\_\_\_\_ населенный пункт: \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Контактный телефон: 8 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Адрес мест жительства и (или) адрес места пребывания: индекс: \_\_\_\_\_, область \_\_\_\_\_

район: \_\_\_\_\_ населенный пункт: \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Контактный телефон: 8 (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Наличие права приема: внеочередного  первоочередного  преимущественного

Потребность в обучении ребенка (или поступающего) в обучении по адаптированной образовательной программе: Да  Нет  и (или) создание специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации: Да  Нет

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) Да  Нет

Согласие поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения указанного поступающего по адаптированной образовательной программе) Да  Нет

Язык образования: \_\_\_\_\_ (указывается в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации или на иностранном языке)

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации \_\_\_\_\_

(язык из числа народов России, в том числе русский)

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся, ознакомлен(а) \_\_\_\_\_

(личная подпись заявителя)

Даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации \_\_\_\_\_

(личная подпись заявителя)

К заявлению прилагаю документы (перечень указан в приложении к заявлению).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(личная подпись заявителя) (расшифровка подписи)

