|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(образовательная организация)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество директора)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя)) |

Заявление

о зачислении ребенка в образовательную организацию

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прошу зачислить в |  | класс моего ребенка (сына, дочь, опекаемого) *(подчеркнуть)* |
|  |
| фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка |
| « |  | » |  |  |  | года рождения, проживающего по адресу: |
|  |
|  |
|  |  | (адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка) |

|  |
| --- |
| Сведения о родителях (законных представителях): |
| Мать (законный представитель): |  |
|  |
| фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания: |
|  |
| тел.: |  |  | E-mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Отец (законный представитель): |  |
|  |
| *фамилия, имя, отчество (при наличии)* |
| Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания: |
|  |
| тел.: |  |  | E-mail: |  |

Наличие права первоочередного или преимущественного приема: **имеется / не имеется** (*нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при наличии права указать основания)

Потребность ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии *(при наличии*) или ребенка-инвалида (инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации: **имеется / не имеется** (*нужное подчеркнуть)*

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе): **согласен(на) / не согласен(на)** (*нужное подчеркнуть).*

Язык образования (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 (в случае реализации права на изучение родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С уставом, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлены

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (подпись)

Согласен(на) на обработку персональных данных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (подпись)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  | / |  |
| (подпись заявителя) | расшифровка подписи |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявление принял: |  |  |  |  |  |
|  | (должность в ОО) |  | (подпись) |  | расшифровка подписи |
| Регистрация заявления: |
| Регистрационный номер  |  | Дата регистрации: |  |