

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Приказ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Директору МОУ «ССОШ»

Г.Н. Смирновой

родителя (законного представителя)

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

сот. телефон \_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить моего ребенка в \_\_\_ класс МОУ «ССОШ»

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка

\_\_\_\_\_,

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

Адрес места регистрации ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес места пребывания (фак. проживание) ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сведения о родителях (законных представителей):

**Мать (ФИО)** \_\_\_\_\_

Адрес места регистрации (или) места пребывания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

**Отец (ФИО)** \_\_\_\_\_

Адрес места регистрации (или) места пребывания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Наличие особого права:

Первоочередного \_\_\_\_\_

(военнослужащий, сотрудник полиции, сотрудник ОВД), (ФИО)

Преимущественного \_\_\_\_\_

( ФИО брат – сестра, обучающегося в данной ОО, класс)

Потребность ребёнка в обучении по адаптированной образовательной программе (далее – АОП) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением ПМПК (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по (в случае необходимости обучения ребенка по АОП) \_\_\_\_\_

Прошу организовать для моего ребенка обучение на \_\_\_\_\_ языке и изучение родного \_\_\_\_\_ языка.

Ознакомлены с лицензией МОУ «ССОШ» на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации МОУ «ССОШ», уставом, основной образовательной программой начального общего образования, правилами внутреннего распорядка учащихся, положением о школьной форме, положением о пользовании мобильными информационно-коммуникационными устройствами во время образовательного процесса и другими локальными актами школы и обязуемся соблюдать.

Даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных моего ребёнка.

Согласен(а) на предоставление персональных данных моих, моего супруга (супруги) и моего ребенка для формирования базы данных учащихся школы.

К заявлению прилагаются:

- копия паспорта;
- копия свидетельства о рождении \_\_\_\_\_;  
(ФИО ребенка)
- копия свидетельства о рождении \_\_\_\_\_;  
(ФИО полнородного (ой) брата/сестры, обучающегося (йся) в МОУ «ССОШ»)
- копия свидетельства о регистрации \_\_\_\_\_ по месту жительства  
(ФИО ребенка)  
на закрепленной территории.
- СНИЛС, ИНН \_\_\_\_\_.  
(ФИО ребенка)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись )

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Приказ от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Директору МОУ «ССОШ»

Г.Н. Смирновой

родителя (законного представителя)

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

сот. телефон \_\_\_\_\_

### **Согласие на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе**

Прошу организовать и даю согласие на обучение моего ребенка

\_\_\_\_\_ (сына, дочери) / (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

по адаптированной основной общеобразовательной программе на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии (прилагается)

\_\_\_\_\_ (дата, номер заключения ПМПК, кем выдано)

Заявитель \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) полностью) \_\_\_\_\_ (подпись)

Дата \_\_\_\_\_