

Решение директора школы

Зачислить в _____ класс с _____ 20__ г.

_____ 20__ г. _____

подпись

Директору МКОУ СОШ №2 г. Нижние Серги
М.А. Тараевой

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

родителя (законного представителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить в _____ класс Муниципального казенного общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 2 г. Нижние Серги моего ребёнка

указать ФИО ребёнка полностью

1. Дата рождения ребёнка(или поступающего): «_____» _____ г.

4. Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребёнка или поступающего:

Данные о родителях (законных представителей):

Мать ребёнка:

1. ФИО _____

2. Место жительства и(или) адрес места пребывания _____

3. Адрес электронной почты,

Номер телефона _____

Отец ребёнка:

1. ФИО _____

2. Место жительства и(или) адрес места пребывания _____

3. Адрес электронной почты,

Номер телефона _____

Иной законный представитель ребёнка:

1. ФИО _____

2. Место жительства и(или) адрес места пребывания _____

3. Адрес электронной почты,

Номер телефона _____

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

Приложения: 1. _____ на _____ л. в _____ экз.

2. _____ на _____ л. в _____ экз.

3. _____ на _____ л. в _____ экз.

Дата подачи заявления: « _____ » _____ 20__ г.

ФИО заявителя, подпись заявителя

Наличие права внеочередного, первоочередного, или преимущественного приема _____ (ДА/НЕТ, если есть, указать какое).

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) _____

Потребность ребенка в 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 инвалида (ребенка инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации _____ (да/нет).

Даю согласие на обучение по АОП 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 инвалида (ребенка инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (если имеется потребность в АОП)

Ф.И.О. заявителя, подпись заявителя

Прошу организовать обучение по адаптированной образовательной программе (в случае поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет).

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

ФИО заявителя, подпись заявителя

С уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации образовательной организации, основными реализуемыми образовательными программами и документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен(а).

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

ФИО заявителя, подпись заявителя

Даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном Федеральным законом от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

ФИО заявителя, подпись заявителя

Заявление принял:

Регистрационный № _____ (должность) _____ (ФИО) _____ (подпись)