Директору МБОУ

«Скалистовская СОШ

им.Лиморенко П.Т.»

Куприяновой Н.В.

(фамилия, имя, отчество заявителя)

проживающий по адресу:

адрес регистрации

Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эл. почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Заявление

Прошу принять моего ребенка сына (дочь)

(фамилия, имя, отчество ребенка полностью)

Число, месяц, год рождения ребенка

Адрес места жительства ребенка

Адрес места пребывания ребенка

Сведения о втором родителе (законном представителе):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя)

Адрес места жительства:

Адрес места пребывания:

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о наличии права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема

Обучение по адаптированной программе и (или) создание специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой

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

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе:

*(в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)*

Язык образования:

*(в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка)*

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)*

Государственный язык Республики Крым:

*(в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка Республики Крым)*

С уставом, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии 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).

Решение прошу направить:

* на бумажном носителе в виде распечатанного экземпляра электронного документа по почте;
* на бумажном носителе в виде распечатанного экземпляра электронного документа при личном обращении в МБОУ «Скалистовская СОШ им.Лиморенко П.Т.»;
* в электронном формате (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов) посредством электронной почты.

« » 20 г

(дата подачи заявления) (подпись) (расшифровка подписи)

Согласен(на) на обработку персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| « » 20 г |  |  |
| (дата подачи заявления) | (подпись) | (расшифровка подписи) |