

Директору МБОУ «Алупкинская СШ№1»  
Зибровой С.Г.

родителя (законного представителя)

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

**Место регистрации (адрес):**

Город \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

**Место проживания (адрес):**

Город \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

**В приказ**

**Директор**

**С.Г. Зиброва**

зачислен в \_\_\_\_\_ класс

с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приказ № \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребёнка (сына, дочь) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ класс.

\_\_\_\_\_ (дата рождения)

Место регистрации ребенка: \_\_\_\_\_

Место проживания и (или) место пребывания ребенка: \_\_\_\_\_

Наличие права на первоочередной или преимущественный прием \_\_\_\_\_

*нужное подчеркнуть, указать статус*

В соответствии с частью 2 статьи 11 Закона Республики Крым от 06.07.2015 № 131-ЗРК/2015 «Об образовании в Республике Крым» прошу организовать обучение на \_\_\_\_\_ языке.

Прошу организовать изучение родного \_\_\_\_\_ языка.

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 инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (при необходимости) \_\_\_\_\_

*указать при наличии потребности*

Ознакомлен(а) со следующими документами учреждения:

- Устав учреждения,
- Лицензия на осуществление образовательной деятельности,
- Свидетельство о государственной аккредитации.
- ООП НОО
- Локальные акты ОУ.

Своей подписью заверяю согласие на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) \_\_\_\_\_.

Своей подписью заверяю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в соответствии с действующим законодательством \_\_\_\_\_.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ (подпись с расшифровкой фамилии заявителя)

**В приказ**

**Директор С.Г.Зиброва**

Директору МБОУ «Алупкинская СШ№1»  
**Зибровой С.Г.**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

**место регистрации (адрес):**

Город \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**место проживания (адрес):**

Город \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять меня \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (дата рождения)

в \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_  
(профиль обучения)

Для изучения на углубленном уровне выбираю предметы:

\_\_\_\_\_

Прошу предоставить мне возможность изучать элективные курсы:

\_\_\_\_\_

Прошу предоставить мне возможность посещать факультативные занятия:

\_\_\_\_\_

В соответствии с частью 2 статьи 11 Закона Республики Крым от 06.07.2015 № 131-ЗРК/2015 «Об образовании в Республике Крым» прошу организовать обучение на \_\_\_\_\_ языке.

Прошу организовать изучение родного \_\_\_\_\_ языка.

Потребность ребенка 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 (при необходимости) \_\_\_\_\_

*указать при наличии потребности*

Ознакомлен(а) со следующими документами учреждения: Устав учреждения, Лицензия на осуществление образовательной деятельности, Свидетельство о государственной аккредитации. ООП СОО, локальные акты ОУ

**Своей подписью заверяю согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством. Медицинских противопоказаний для обучения в общеобразовательном учреждении не имею.**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ (подпись с расшифровкой фамилии заявителя)

**Согласовано:**

Мать (отец, законный представитель) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

(фамилия, имя, отчество)