Директору

(Ф.И.О. директора)

от

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

адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя (законного представителя) ребенка:

адрес электронной почты, номер телефона

(при наличии) родителя (законного представителя ребенка или поступающего

Заявление

Прошу Вас зачислить моего ребенка

(фамилия, имя, отчество полностью)

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класс

дата рождения ребенка или поступающего:

адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка или поступающего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наличие права преимущественного приема на обучение по образовательным программам начального общего образования в образовательную организацию, в которой обучаются его полнородные и неполнородные брат и (или) сестра:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

потребность ребенка или поступающего 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

согласие родителя (законного представителя) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

согласие поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения указанного поступающего по адаптированной образовательной программе:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

государственный язык республики Российской Федерации (в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республики Российской Федерации):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

факт ознакомления родителя (законного представителя) ребенка или поступающего с уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку персональных данных, в том числе персональных данных ребенка, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации .

(подпись)

Дата:

Подпись

(Ф.И.О.)

Приложение 2

к положению

Директору МБОУ «Нижнечуманская СОШ»

(Ф.И.О. директора)

от

(фамилия, имя, отчество полностью)

проживающего(щей) по адресу:

адрес регистрации:

телефон

Заявление

Прошу организовать для моего ребенка

 , ученика \_\_\_\_\_\_ класса

(фамилия, имя, отчество обучающегося)

(наименование общеобразовательной организации)

изучение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ языка как родного.

 (наименование языка)

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

(подпись)

Даю согласие на обработку персональных данных, в том числе персональных данных ребенка, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации .

(подпись)

«\_\_\_» 20\_\_ г.

 (подпись заявителя)