

Директору МБОУ  
«ООШ с.Сиреники»  
Щуцкой Я.Ю.  
от родителей (законных представителей)  
(нужное подчеркнуть)

**Мать:** \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество (последнее - при наличии)

Адрес места жительства матери: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания матери: \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

адрес(а) электронной почты \_\_\_\_\_

**Отец:** \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество (последнее - при наличии)

Адрес места жительства отца: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания отца: \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

адрес(а) электронной почты \_\_\_\_\_

**Законный(ые) представитель(и)** \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество (последнее - при наличии)

Адрес места жительства законного(ых) представителя(ей) \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания законного(ых) представителя(ей) \_\_\_\_\_

Контактный(ые) телефон(ы) \_\_\_\_\_

адрес(а) электронной почты \_\_\_\_\_

#### Заявление.

Прошу принять моего ребенка \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество (последнее - при наличии)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.р.  
дата рождения

адрес места жительства ребенка: \_\_\_\_\_

адрес места пребывания ребенка: \_\_\_\_\_

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Наличие особого права:

Первоочередного \_\_\_\_\_  
(военнослужащий, сотрудник полиции, сотрудник ОВД), (ФИО)

Преимущественного \_\_\_\_\_  
( ФИО брата/сестры, обучающегося в данной школе, класс в котором обучается)

Даю согласие на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе:

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Для поступающих с ограниченными возможностями здоровья, достигших возраста восемнадцати лет:**

Даю согласие на обучение по адаптированной образовательной программе:

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Потребности 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 \_\_\_\_\_  
имеется/не имеется

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

На основании статьи 14 Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» прошу на период обучения в МБОУ «ООШ с.Сиреники» организовать для моего ребёнка изучение учебных предметов:

на родном \_\_\_\_\_ языке  
*(в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации или на иностранном языке)*

на родном \_\_\_\_\_ языке 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)*

на государственном языке республики Российской Федерации \_\_\_\_\_  
*в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республики Российской Федерации*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

С уставом, лицензией 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).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Я, \_\_\_\_\_, в соответствии с Федеральным законом  
Фамилия, Имя, Отчество (последнее - при наличии)  
от 27 июля 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку и использование МБОУ «ООШ с. Сиреники» представленных в данном заявлении своих персональных данных и персональных данных ребенка в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированными способами в течение срока хранения информации.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Справку о приеме документов № \_\_\_\_\_ получил(а) « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Входящий № \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 646116746743375933883833707902081325236681597579

Владелец Щуцкая Яна Юрьевна

Действителен с 28.02.2023 по 28.02.2024