**Форма заявления о приеме на обучение**

**по основным общеобразовательным программам**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Регистрационный №** Зачислить в \_\_\_ класс с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ Приказ № \_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_  | Директору |
| МБОУ «Калинская СОШ» |
| Зухрабову Кафлану Шахнавазовичу |
| гр. |
|  |
| (Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ.**

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу принять моего ребенка |  |
|  |
| (Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения, адрес места жительства и (или) места пребывания ребенка) |

в \_\_\_\_\_ класс МБОУ «Калинская СОШ»

|  |  |
| --- | --- |
| Вид класса: | *общеобразовательный* |
| Форма обучения: | (указать: общеобразовательный, профиль и специализация)*очная* |
| Язык обучения: | (очная, очно-заочная, заочная, семейная, самообразование, экстернат)*русский* |
| Изучение предметных областей «Родной язык и литературное чтение на родном языке»/«Родной язык и родная литература» обеспечить на родном \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ языке. |
| Имею право внеочередного, первоочередного или преимущественного приема: |
| Имеется потребность в обучении по адаптированной программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося ОВЗ в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии: |
|  |

 (Да , нет)

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Копию паспорта на имя  |  |
| 2 | Копию свидетельства о рождении  |  |
| 3 | Медицинская справка с обходом специалистов |  |
| 4 | Копия медицинского страхового полиса.  |  |
| 5 | Справка о составе семьи |  |
| 6 | СНИЛС |  |

В настоящем заявлении указываю следующие сведения:

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия, имя, отчество матери:** |   |
| Адрес места жительства матери |  |
| по месту регистрации: |  |
| фактически: |  |
| Адрес эл. почты, телефон: |  |
| **Фамилия, имя, отчество отца:** |   |
| Адрес места жительства отца |  |
| по месту регистрации: |  |
| фактически: |  |
| Адрес эл. почты, телефон: |  |
| **Фамилия, имя, отчество законного представителя:** |   |
| Адрес места жительства законного представителя  |  |
| по месту регистрации: |  |
| фактически: |  |
| Адрес эл.почты, телефон: |  |

«» 20*2*  г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка)

*С Уставом МБОУ «Калинская СОШ», лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими деятельность Организации, правами и обязанностями обучающихся ознакомлена.*

«» 20*2*  г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка)

*Даю согласие МБОУ «Калинская СОШ» на обработку персональных данных моего ребенка   в объеме, указанном в заявлениии прилагаемых документах, с целью организации его обучения и воспитания при оказании муниципальной услуги.*

«» 20*2*  г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка)