

Директору МБОУ «Зеленорощинская  
сош им. М. Горького» МО «ЛМР» РТ

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. директора)

ОТ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя полностью)

Адрес места жительства и (или) адрес  
места пребывания заявителя:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Телефон заявителя дом.: \_\_\_\_\_

Телефон заявителя сот.: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты заявителя:  
\_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу Вас принять в \_\_\_\_\_ класс моего сына (мою дочь) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка или поступающего полностью)

Дата рождения ребенка или поступающего \_\_\_\_\_.  
(число, месяц, год рождения)

Место рождения ребенка или поступающего \_\_\_\_\_

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка \_\_\_\_\_

Фамилии, имена, отчества (при наличии) родителей (законных представителей) ребенка:

матери / усыновителя / опекуна \_\_\_\_\_,  
(подчеркнуть нужное)

отца / усыновителя / опекуна \_\_\_\_\_,  
(подчеркнуть нужное)

Имею право первоочередного приема \_\_\_\_\_,  
(указывается основание первоочередного приема (при наличии))

Имею право преимущественного приема: полнородный (неполнородный) брат (сестра) ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указываются фамилия, имя, отчество (при наличии))  
является учащимся \_\_\_\_\_ класса МБОУ «Зеленорощинская сош им. М. Горького» МО «ЛМР» РТ  
(краткое наименование Организации).

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

Государственный язык республики Российской Федерации (в случае предоставления Организацией возможности изучения государственного языка республики Российской Федерации) \_\_\_\_\_;

В качестве родного языка из числа языков народов Российской Федерации в пределах возможностей, предоставляемых МБОУ «Зеленорощинская сош им. М. Горького» МО «ЛМР» РТ  
(краткое наименование Организации)

выбираю для изучения \_\_\_\_\_ язык.  
(указывается: или русский, или татарский, или др. реализуемый в Организации)

Ребенок / поступающий имеет потребность 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 – \_\_\_\_\_.  
(да / нет)

С Уставом МБОУ «Зеленорощинская сош им. М. Горького» МО «ЛМР» РТ,  
(краткое наименование Организации)

лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, реализуемыми в организации общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающегося, ознакомлен (а, ы).

\_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_  
(подпись)  
Согласен (на, ны) на обучение ребенка по адаптированной образовательной программ (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной программе).

\_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_  
(подпись)  
Согласен (на, ны) на обработку персональных данных заявителя и персональных данных ребенка в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в целях обеспечения обучения ребенка /моего обучения, как в бумажном, так и в электронном виде.

\_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_  
(подпись)  
Согласен (на, ны) на размещение информации о ребенке /обо мне (фамилия, имя, отчество (при наличии), фото- и видеоматериалы) на официальных интернет-каналах и ЕПГУ, РПГУ, в т. ч. на сайте ОУ «Зеленорощинская сош им. М. Горького» МО «ЛМР» РТ

\_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_  
(подпись)

Дополнительные сведения (заполнение не обязательно) в отношении ребенка / поступающего:

медицинский полис № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ г.

страховое свидетельство государственного пенсионного страхования № \_\_\_\_\_.

Дополнительные сведения о родителях:

мать / усыновитель / опекун \_\_\_\_\_,  
(место работы, должность, раб. тел., сот. тел.)

отец / усыновитель / опекун \_\_\_\_\_.  
(место работы, должность, раб. тел., сот. тел.)

\_\_\_\_\_  
(дата) \_\_\_\_\_  
(подпись)