

Директору

\_\_\_\_\_

(краткое наименование ОО)

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 меня в \_\_\_\_\_ класс.

Профиль дальнейшего обучения: \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_.

(число, месяц, год рождения)

Место рождения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Имею право первоочередного приема \_\_\_\_\_

(указывается основание первоочередного приема (при наличии))

Имею право преимущественно приема: брат (сестра) ребенка является

\_\_\_\_\_ (указываются фамилия, имя, отчество (при наличии))  
учащимся \_\_\_\_\_ класса МБОУ «Староибрайкинская СОШ» АМР РТ, проживает в одной семье с ребенком по указанному выше адресу места жительства и (или) адресу места пребывания ребенка.

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 общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республики Российской Федерации) \_\_\_\_\_;

В качестве родного языка из числа языков народов Российской Федерации в пределах возможностей, предоставляемых МБОУ «Староибрайкинская СОШ» АМР РТ, выбираю для изучения

\_\_\_\_\_ язык.  
(указывается: или русский, или татарский, или др. реализуемый в ОО)

Имею 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 «Староибрайкинская СОШ» АМР РТ, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, реализуемыми в МБОУ «Староибрайкинская СОШ» АМР РТ 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 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 в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в целях обеспечения моего обучения, как в бумажном, так и в электронном виде.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

<sup>1</sup> В данном абзаце подчеркнуть нужное в соответствии с имеющимися основаниями.

Согласен(на, ны) на размещение информации обо мне (фамилия, имя, отчество (при наличии), фото- и видеоматериалы) на официальных интернет-каналах и порталах, в т.ч. на сайте МБОУ «Староибрайкинская СОШ» АМР РТ.

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(подпись)

Дополнительные сведения<sup>2</sup> в отношении меня / 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)

<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
Дополнительные сведения здесь и ниже не обязательны для заполнения.

