

Директору МБОУ «ЦО ОНИКС» Сабинского района  
Л.М. Мубаракшиной

от \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Адрес места жительства и (или) адрес места

пребывания заявителя: \_\_\_\_\_

Телефон заявителя сот. \_\_\_\_\_

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

### Заявление

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

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

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

(число, месяц, год рождения)

Место рождения \_\_\_\_\_

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

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

матери / усыновителя / опекуна \_\_\_\_\_,

(подчеркнуть нужное)

\_\_\_\_\_ (место работы, должность, раб. тел., сот. тел.)<sup>1</sup>

отца / усыновителя / опекуна \_\_\_\_\_,

(подчеркнуть нужное)

\_\_\_\_\_ (место работы, должность, раб. тел., сот. тел.)<sup>1</sup>

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

(указывается основание первоочередного приема (при наличии))

Имею право преимущественного приема: полнородный или неполнородный брат и (или) сестра ребенка

\_\_\_\_\_ является

(указываются фамилия, имя, отчество (при наличии))

учащимся \_\_\_\_\_ класса МБОУ «ЦО ОНИКС».

В качестве родного языка из числа языков народов Российской Федерации, из числа государственных языков Республики Татарстан в пределах возможностей, предоставляемых МБОУ «ЦО ОНИКС», выбираю для изучения

\_\_\_\_\_ ЯЗЫК.

(указывается: русский, татарский, государственный татарский)

Ребенок 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, № ПМК)

Соглас \_\_\_\_\_ (ен, на, ны) на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной программе).

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

С Уставом МБОУ «ЦО ОНИКС», лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, реализуемыми в МБОУ «Школа № 51» общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающегося, ознакомлен \_\_\_\_\_ (а, ы).

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Соглас \_\_\_\_\_ (ен, 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 как в бумажном, так и в электронном виде.

Соглас \_\_\_\_\_ (ен, на, ны) на размещение информации о ребенке (фамилия, имя, отчество (при наличии), фото- и видеоматериалы) на официальных интернет-каналах и порталах, в т.ч. на сайте МБОУ «ЦО ОНИКС».

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Дополнительные сведения<sup>1</sup> в отношении ребенка:

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

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

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

<sup>1</sup> Дополнительные сведения здесь и ниже не обязательны для заполнения.