

Директору МБОУ «Кузнечихинская ООШ»

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) / меня \_\_\_\_\_.

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

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

Место рождения ребенка \_\_\_\_\_

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 преимущественно приема: полнородный (неполнородный) брат (сестра) ребенка  
\_\_\_\_\_ является

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

учащимся \_\_\_\_\_ класса (краткое наименование ОО).

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 (краткое наименование ОО), выбираю для изучения

\_\_\_\_\_ язык.

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

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 «Кузнечихинская ООШ», лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, реализуемыми в школе 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 прохождение тестирования на знание русского языка (для иностранных граждан и лиц без гражданства)

\_\_\_\_\_

(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 порталах, в т.ч. на сайте (краткое наименование ОО).

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(подпись)

Дополнительные сведения 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)