

Вх.№ \_\_\_\_\_  
«В приказ»  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Директор школы МБОУ «СОШ №112»  
\_\_\_\_\_ С.В.Архипова

Директору МБОУ «СОШ №112» Авиастроительного  
района г.Казани (далее – ОУ) С.В. Архиповой  
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 на обучение в \_\_\_\_\_ класс моего сына (мою дочь) / меня

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

Язык обучения \_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка или поступающего \_\_\_\_\_

(число, месяц, год рождения)

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

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

Адрес прописки \_\_\_\_\_

Посещал ДОУ № \_\_\_\_\_

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: брат (сестра) ребенка

\_\_\_\_\_ является

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

учащимся \_\_\_\_\_ класса ОУ, проживает в одной семье с ребенком по указанному выше адресу  
места жительства и (или) адресу места пребывания ребенка.

В качестве родного языка из числа языков народов Российской Федерации в пределах  
возможностей, предоставляемых ОУ, выбираю для изучения

\_\_\_\_\_ язык.

(указывается: русский или татарский)

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)

Согласен (на, ны) на обучение ребенка / меня по адаптированной образовательной программ (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной программе).

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(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 порталах, в т.ч. на сайте ОУ.

\_\_\_\_\_  
(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)

