

Директору МБОУ «Малотавринская  
СОШ»

\_\_\_\_\_  
ФИО руководителя

от \_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя)

зарегистрированного по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Адрес регистрации родителей (законных представителей)

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о приёме на обучение в МБОУ «Малотавринская средняя общеобразовательная школа» по образовательным программам на уровне начального, основного и среднего общего образования**

Прошу принять сына (дочь):

\_\_\_\_\_  
ФИО поступающего ребенка полностью (отчество – при наличии)  
в \_\_\_\_\_ класс МБОУ «Малотавринская средняя общеобразовательная школа»

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Реквизиты свидетельства о рождении (паспорта) ребенка \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка: \_\_\_\_\_

Сведения о родителях:

	Мать	Отец
Фамилия, имя, отчество		
Адрес места жительства (места пребывания)		
Место работы, должность		
Контактный телефон		
Электронная почта		
Реквизиты документа, удостоверяющего личность		

Количество детей в семье \_\_\_\_\_

Наличие братьев /сестер, обучающихся в данном ОО \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(класс, ФИО)

Любые телефоны соседей, родственников, если нет домашнего и рабочего \_\_\_\_\_

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема (да/нет)

Подтверждающий документ \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии) \_\_\_\_\_

Наличие потребности ребенка или поступающего 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 (ребёнка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации \_\_\_\_\_

В случае поступления на обучение по адаптированной образовательной программе

Согласие родителя(ей)(законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) _____	Согласие поступающего, достигшего возраста 18 лет, на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения указанного поступающего по адаптированной образовательной программе) _____
---	--

В качестве родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка, выбираю \_\_\_\_\_ язык.

С Уставом школы, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников, постановлением Администрации Артинского городского округа о закреплении территории за муниципальными образовательными организациями ознакомлен(а) \_\_\_\_\_

(подпись родителей (законных представителей))

На обработку персональных данных ребенка и родителей (законных представителей) в порядке, установленном законодательством Российской Федерации соглас(ен/на)

\_\_\_\_\_/ (подпись родителей (законных представителей))

К заявлению о приёме прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_ Отметка о сдаче: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Отметка о сдаче: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Отметка о сдаче: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Отметка о сдаче: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата заявления)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
ФИО родителей (законных представителей)      подпись

Входящий № заявления: \_\_\_\_\_

Принял:

\_\_\_\_\_  
ФИО

\_\_\_\_\_  
Должность

\_\_\_\_\_  
подпись



