|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный №  | ДиректоруГБОУ СОШ с. Чёрный КлючИльиной В.В.Заявителя (родителя/законного представителя) |

(ФИО полностью)

заявление

Прошу зачислить меня/моего ребёнка в класс для обучения по (общеобразовательной/адаптированной образовательной) программе с и сообщаю следующие сведения:

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка или поступающего:
2. Дата рождения ребенка или поступающего:
3. Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребёнка или поступающего:

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего указанные сведения)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка:

Мать Отец Законный(е) представитель(и)

1. Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка:

Мать Отец Законный(е) представитель(и)

1. Адрес(а) электронной почты, номер(а) телефона(ов) (при наличии) родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка или поступающего:

Мать Отец Законный(е) представитель(и) Поступающий

1. Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема (льгота подтверждается документом):

Внеочередное:

(основание для предоставления, наименование и реквизиты подтверждающих документов)

Первоочередное:

(основание для предоставления, наименование и реквизиты подтверждающих документов)

Преимущественное:

(основание для предоставления, наименование и реквизиты подтверждающих документов)

1. Наличие в ГБОУ СОШ с. Чёрный Ключ полнородных и неполнородных братьев и (или) сестер

(ф.и.о. братьев, сестер возраст)

Я согласен(на), что в случае не подтверждения наличия льготы ребенок/поступающий будет рассматриваться при зачислении как не имеющий льготы.

подпись заявителя

1. Потребность 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 (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации: **Да / нет**
2. Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка

по адаптированной образовательной программе).

Согласен(а)

подпись заявителя

1. Согласие поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения указанного поступающего по адаптированной образовательной программе)

Согласен(а)

подпись заявителя

Язык образования (в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации или на иностранном языке)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Родной язык из числа языков народов Российской Федерации (в случае реализации права на изучение родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка)
2. Государственный язык республики Российской Федерации (в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка

республики Российской Федерации) Прошу организовать обучение на языке для меня/моего ребенка

1. С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, сведениями о дате предоставления и регистрационном номере государственной аккредитации образовательной деятельности по реализуемым образовательным программам, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ГБОУ СОШ с. Чёрный Ключ ознакомлен(на).

« » 20 г.

(подпись заявителя) (расшифровка подписи заявителя)

1. Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)) ребенка или поступающего на обработку персональных

Согласен(а) « » 20 г.

 (подпись заявителя) (расшифровка подписи заявителя)