

Зачислить в \_\_\_\_\_ класс

\_\_\_\_\_ Л.А. Грузинцева

Директору МБОУ «СОШ № 32»  
Грузинцевой Лидии Анатольевне

от \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_ адрес места проживания

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

дата рождения \_\_\_\_\_  
проживающего по адресу \_\_\_\_\_  
в \_\_\_\_\_ класс в связи с переходом /переездом \_\_\_\_\_

(указать № ДУ, школы; место нахождения: село, город, район, область, республика)

С Уставом МБОУ «СОШ № 32», Лицензией на осуществление образовательной деятельности, Свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами, Правилами внутреннего распорядка обучающихся, Законом «Об отдельных мерах по защите детей от факторов, негативно влияющих на их физическое, интеллектуальное, психическое, духовное и нравственное развитие в Иркутской области», локальными актами учреждения ознакомлен (а) \_\_\_\_\_ (подпись)

Даю согласие на обработку персональных данных родителей (законных представителей) и персональных данных ребенка, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 15-ФЗ «О персональных данных» \_\_\_\_\_ (подпись)

Сведения о родителях (законных представителях):

**Мать / законный представитель/**

Ф.И.О (отчество при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Отец / законный представитель/**

Ф.И.О. (отчество при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

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

Имеется ли потребность ребенка в обучении по адаптированной общеобразовательной программе или в создании специальных условий для обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии или инвалида (ребенка – инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации \_\_\_\_\_.

Если имеется, то даю согласие на обучение по АОП \_\_\_\_\_ (да/нет)  
(подпись) (расшифровка)

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

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) \_\_\_\_\_ (указать язык обучения)

Прилагаю следующие документы:

Наименование документа	отметка о наличии
Копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя)	
Копия свидетельства о рождении ребёнка	
Копия документа, подтверждающего установление опеки или попечительства	
Копия свидетельства о рождении полнородных и неполнородных брата и (или) сестры (в случае использования права преимущественного приема на обучение)	
Копия свидетельства о регистрации ребёнка по месту жительства или копия свидетельства о регистрации ребёнка по месту пребывания на закреплённой территории (при приёме в первый класс лиц, проживающих на закреплённой территории)	
Медицинская карта, медицинское заключение о состоянии здоровья ребёнка (по усмотрению)	
Личное дело, выписка текущих отметок обучающегося по всем учебным предметам в предыдущем образовательном учреждении (при приёме в порядке перевода из другой ОО в течение учебного года)	

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

Подпись \_\_\_\_\_