

Директору МОУ СШ № 93  
Е.А. Шибулкиной

родителей (законных представителей):

мать: \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

Адрес регистрации и адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_

отец: \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

Адрес регистрации и адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка

\_\_\_\_\_ (Фамилия Имя Отчество ребенка)

\_\_\_\_\_ года рождения,

место рождения \_\_\_\_\_,

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

в 1-й класс МОУ СШ № 93.

Прошу организовать обучение моего ребенка по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам начального общего и основного общего образования на \_\_\_\_\_, изучение \_\_\_\_\_ как родного языка из числа языков народов РФ и государственного языка республик РФ.

Мой сын (моя дочь) \_\_\_\_\_ имеет преимущественное право приема на

\_\_\_\_\_ (Фамилия И.О.ребенка)

обучение по образовательным программам начального общего образования \_\_\_\_\_

(Указать льготу)

С Уставом МОУ СШ № 93, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и локальными актами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности учащихся, Правилами внутреннего распорядка учащихся ознакомлен(а).

Даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в порядке установленном законодательством Российской Федерации

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)

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 (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации

номер протокола и дата заключения психолого-медико-педагогической комиссии (номер и дата ИПРА)

Даю согласие на обучение ребенка (поступающего) по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)

«  »    20   г.  
(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)

«  »    20   г.  
(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)

### Сведения о родителях (законных представителях):

**Отец (законный представитель):**

Ф.И.О. (последнее-при наличии)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

адрес места жительства:

\_\_\_\_\_

контактный телефон

Место работы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Мать (законный представитель):**

Ф.И.О. (последнее-при наличии)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

адрес места жительства:

\_\_\_\_\_

контактный телефон

Место работы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_