

Регистрационный номер _____
от _____ года

Директору МБОУ Бондарской СОШ

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

(родителя (законного представителя))

Место регистрации: _____

Проживающего по адресу: _____

Контактный телефон _____

Эл. почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка

_____ *(Ф.И.О. полностью)*

дата и место рождения _____

в _____ класс.

Фамилия, имя, отчество (полностью):

матери _____

отца _____

Имею преимущественное право*: да/нет _____

Нужное подчеркнуть. Если да - указать ФИО (при наличии) братьев и (или) сестер, совместно проживающих с ребенком и посещающих Организацию

Имею внеочередное или первоочередное право на зачисление в Организацию*: да/нет.

Нужное подчеркнуть. Если да – указать основания права приема

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 *(нужное подчеркнуть)*

На обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной программе) *** согласен/не согласен *(нужное подчеркнуть)*

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

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)

С лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, уставом, с образовательными программами и документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности в Организации, правами и обязанностями обучающихся:
ознакомлен / не ознакомлен *(нужное подчеркнуть)*

На обработку своих персональных данных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации*** согласен /не согласен
(нужное подчеркнуть)

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись _____

* Заполняется только при зачислении ребенка в первый класс.

** Заполняется только при наличии заключения психолого-медико-педагогической комиссии или при наличии индивидуальной программы реабилитации.

*** Заполняется родителем(ями) (законным(ыми) представителем(ями)) ребенка или поступающим, достигшим возраста восемнадцати лет.