Директору МБОУ «Становоколодезьская СОШ»

Орловского муниципального округа

(наименование Учреждения)

Преснякову А.В.

(Ф.И.О. директора)

родителя (законного представителя), поступающего

Фамилия Имя Отчество

|  |
| --- |
| Заявление  о предоставлении муниципальной услуги  Прошу принять моего ребенка  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата рождения)  (адрес места жительства ребенка и (или) адрес места пребывания ребенка)  в класс Вашей школы в форме обучения: очной, очно-заочной, семейного образования ,самообразования.  (нужное подчеркнуть)  Окончил(а) классов МБОУ  Изучал(а) язык. |
| Право первоочередного или преимущественного приема (льгота, подтверждается документом)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Потребность ребенка или поступающего в обучение по адаптированной основной общеобразовательной 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 или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (указать)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Я, руководствуясь [ч. 3 ст. 55](consultantplus://offline/ref%3D0EE1356D0DFBC381CFAF466D9D70370C886D6AA6C4DB26D42172CE34238EB6497B59E2F701A54C31D8B678317876686D4C2A4438733E71E2sBOCH) Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» и на основании рекомендаций

(наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

от " " 20 г. № , даю свое согласие на обучение моего ребенка по адаптированной основной общеобразовательной программе.

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

Родной язык из числа языков народов РФ (в случае реализации права на изучение родного языка из числа языков народов РФ, в том числе русского языка как родного языка)

Государственный язык республики РФ (в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республики РФ)

С уставом Учреждения, лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся, режимом работы ознакомлен(а).

(наименование учреждения)

Сведения о родителях

|  |  |
| --- | --- |
| **Мать** | **Отец** |
| Фамилия: | Фамилия: |
| Имя: | Имя: |
| Отчество: | Отчество: |
| Адрес места жительства и (или) пребывания: | Адрес места жительства и (или) пребывания: |
| Адрес электронной почты: | Адрес электронной почты: |
| Номер телефона: | Номер телефона: |

Даю согласие на обработку персональных данных моих и моего ребенка.

«\_ » 20 года

(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный номер заявления

Дата регистрации заявления « »\_ 20 г.

(подпись должностного лица, принявшего заявление)