|  |
| --- |
| Директору МБОУ «СОШ №1 г.Анадыря»  Ольге Анатольевне Бойцовой  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребёнка

с « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. в \_\_\_\_\_\_класс МБОУ «СОШ №1 г.Анадыря»

Сведения о ребёнке

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения: | | | |
| □ Свидетельство о рождении : | серия | номер | дата выдачи |
| □ Паспорт : | серия | номер | дата выдачи |
| Ребенок прибыл из :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать или наименование школы в которой ребёнок учился, или населённый пункт РФ, или государство) | | | |
| □ Гражданство |  | | |
| □ Адрес фактического проживания |  | | |
| □ Адрес постоянной регистрации |  | | |
| □ Адрес временной регистрации |  | | |

**Сведения о родителях (законных представителях)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Мать | Отец |
| Фамилия |  |  |
| Имя |  |  |
| Отчество |  |  |
| Телефон |  |  |
| Эл. почта |  |  |
| Регистрация |  |  |

□ Родной язык[[1]](#footnote-1) - русский\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(если «Да», поставить «галочку», если «Нет», оставить ячейку пустой и написать словом выбранный родной язык)

□ Наличие у ребенка права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема

(если «Да», поставить «галочку», если «Нет», оставить ячейку пустой)

□ Необходимость в обучении по адаптированной образовательной программами (или)

создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ОВЗ в

соответствии с заключением психолого-медико- педагогической комиссии или инвалида

(ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации

(если «Да», поставить «галочку», если «Нет», оставить ячейку пустой)

□ Согласие родителя (законного представителя) на обучение ребенка по адаптированной

образовательной программе, рекомендованной в заключении психолого-медико-

педагогической комиссии

(если «Да», поставить «галочку», если «Нет», оставить ячейку пустой)

С Уставом, с Лицензией на осуществление образовательной деятельности, со Свидетельством о государственной аккредитации, с Правилами внутреннего распорядка обучающихся, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а).

В соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, указанных в заявлении.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

подпись расшифровка

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Должность ответственного работника Школы) |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  подпись расшифровка |

1. ст.14 Федерального закона от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [↑](#footnote-ref-1)