

Директору МБОУ «Алексеевская СОШ №2»
(краткое наименование Организации)

от

(фамилия, имя, отчество(при наличии)заявителя полностью)

Адрес места жительства и (или)
адрес места пребывания заявителя:

Телефон заявителя дом.

Телефон заявителя сот.

Адрес электронной почты заявителя

Заявление

Прошу Вас принять в _____
(при необходимости указывается профиль/направление обучения)

класс моего сына(мою дочь) / меня

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка или поступающего полностью)

Дата рождения ребенка или поступающего _____
(число, месяц, год рождения)

Место рождения ребенка или поступающего _____

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка _____

Фамилии, имена, отчества (при наличии) родителей (законных представителей) ребенка:
матери / усыновителя / опекуна _____,
(подчеркнуть нужное)

отца / усыновителя / опекуна _____.
(подчеркнуть нужное)

Имею право первоочередного приема _____.
(указывается основание первоочередного приема (при наличии))

Имею право преимущественного приема: полнородный (неполнородный) брат (сестра)
ребенка

(указываются фамилия, имя, отчество (при наличии))

является учащимся _____ класса _____.
(краткое наименование Организации)

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

Государственный язык Республики Российской Федерации
(в случае предоставления Организацией возможности изучения государственного языка Республики Российской Федерации) _____;

В качестве родного языка из числа языков народов Российской Федерации в пределах возможностей, предоставляемых

_____ (краткое наименование Организации)

выбираю для изучения язык _____.

(указывается: или русский, или татарский, или др. реализуемый в Организации)

Ребенок / поступающий имеет 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)

С Уставом _____,

(краткое наименование Организации)

лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, реализуемыми общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающегося, ознакомлен(а, ы).

_____ (дата)

_____ (подпись)

Согласен(на, ны) на обучение ребенка / меня по адаптированной образовательной программ (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной программе).

_____ (дата)

_____ (подпись)

Согласен(на, ны) на обработку персональных данных заявителя и персональных данных ребенка в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в целях обеспечения обучения ребенка/моего обучения, как в бумажном, так и в электронном виде.

_____ (дата)

_____ (подпись)

Согласен(на, ны) на размещение информации о ребенке/обо мне (фамилия, имя, отчество (при наличии), фото- и видеоматериалы) на официальных интернет-каналах и ЕПГУ, РПГУ, в т.ч. на сайте

_____ (краткое наименование Организации)

_____ (дата)

_____ (подпись)

Дополнительные сведения в отношении ребенка / поступающего:

медицинский полис № _____ выдан _____ г.

страховое свидетельство государственного пенсионного страхования № _____.

Дополнительные сведения о родителях:

мать / усыновитель / опекун _____

_____ (место работы, должность, раб. тел., сот. тел.)

отец / усыновитель / опекун _____

_____ (место работы, должность, раб. тел., сот. тел.)

_____ (дата)

_____ (подпись)

