

# Заявление о предоставлении муниципальной услуги

Директору \_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_ класс моего сына  
(мою dochь)/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 права первоочередного приема \_\_\_\_\_.  
(указывается основание первоочередного приема (при наличии))

Имею права преимущественно приема: полнородной (неполнородной) 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), выбирают для изучения \_\_\_\_\_ языка.  
(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, с свидетельством о государственной аккредитации, реализуемыми в школе 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/об 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)