|  |  |
| --- | --- |
|  | **Директору ЛГ МАОУ «СОШ №2»** **Шаповаловой А.В.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО родителя, законного представителя) |

**Заявление**

Прошу зачислить моего ребенка (сына, дочь, опекаемого) в \_\_\_\_класс.

Форма обучения (нужное подчеркнуть): очная, очно-заочная, заочная

**Сведения о ребенке:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Фамилия  |  | Имя |  |
| Отчество (при наличии) |  |
| Дата рождения | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.р., |
| Адрес места жительства и (или) места пребывания |  |
|  |

**Сведения о родителях (законных представителях):**

|  |
| --- |
| ***Отец*** |
| Фамилия  |  | Имя |  |
| Отчество (при наличии) |  |
| Адрес места жительства и (или) места пребывания |  |
| Телефон |  | адрес электронной почты |  |
|  |  |  |  |
| ***Мать*** |
| Фамилия  |  | Имя |  |
| Отчество (при наличии) |  |
| Адрес места жительства и (или) места пребывания |  |
| Телефон |  | адрес электронной почты |  |
|  |

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потребность ребенка в обучении по АОП или в создании специальных условий:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение ПМПК от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласие на обучение по АОП или в создании специальных условий да / нет:

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

Язык образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С Уставом школы, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса **ознакомлен (а)**.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

Представленные мною персональные данные могут быть использованы на основании положения Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» для формирования на всех уровнях управления образовательным комплексом ХМАО-Югры единого интегрированного банка данных учащегося в целях обеспечения мониторинга соблюдения прав детей на получение образования.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Заявление принял ­­­­­­­­­­­­­­­­­­  ­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  | *(должность в ОО)* |  | *(подпись)* |  | *расшифровка подписи* |
| Регистрационный номер  |  | Дата регистрации: |  |