|  |
| --- |
| Директору МОУ «СОШ № 72» |
|  |  | (краткое наименование школы, фамилия, инициалы директора школы) |  |
|   |
| (фамилия, имя, отчество заявителя - |
|   |   , |
| родителя (законного представителя) несовершеннолетнего обучающегося) |
| адрес места жительства/места пребывания (нужное подчеркнуть):нас.пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв.\_\_\_\_\_\_ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_электронная почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ.

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу зачислить моего ребёнка (сына/дочь)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|   |  |
| (фамилия, имя, отчество) |  |
|   | года рождения, место жительства/место пребывания ребенка  |  |
| (число, месяц, год рождения) |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (город, улица, дом, квартира)в \_\_\_\_\_\_\_класс для получения основного общего образования с языком образования - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ языком, с изучаемым родным языком из числа языков народов Российской Федерации - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ языком, с изучением литературного чтения/литературы на родном языке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . |  |
| Право внеочередного, первоочередного, преимущественного приема (указать основание) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 (указать основание) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заявитель согласен на обучение ребенка по АОП (в случае необходимости обучения ребенка по АОП) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*согласен/подпись*).В случае принятия решения об отказе в приёме прошу информировать меня при личном обращении. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации школы, уставом школы, с образовательными программами и документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен (а). | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(личная подпись заявителя) |
| Заявитель согласен на обработку его персональных данных, персональных данных ребёнка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(личная подпись заявителя) |
|   |  |  |   |
| (дата) |  |  | (личная подпись заявителя) |