

Директору

\_\_\_\_\_

(краткое наименование ОО)

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 дочь)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка )

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_.

(число, месяц, год рождения)

Место рождения ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 преимущественно приема: брат (сестра) ребенка является

\_\_\_\_\_ (указываются фамилия, имя, отчество (при наличии))  
учащимся \_\_\_\_\_ класса МБОУ «Староибрайкинская СОШ» АМР РТ, проживает в  
одной  
семье с ребенком по указанному выше адресу места жительства и (или) адресу места  
пребывания ребенка.

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  
общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка  
республики Российской Федерации) \_\_\_\_\_;

В качестве родного языка из числа языков народов Российской Федерации в пределах  
возможностей, предоставляемых МБОУ «Староибрайкинская СОШ» АМР РТ, выбираю  
для изучения \_\_\_\_\_ язык.

\_\_\_\_\_ (указывается: или русский, или татарский, или др. реализуемый в ОО)

Ребенок 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 МБОУ «Староибрайкинская СОШ» АМР РТ, лицензией на  
осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной  
аккредитации, реализуемыми в МБОУ «Староибрайкинская СОШ» АМР РТ  
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 по адаптированной образовательной  
программе (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)

<sup>1</sup> В данном абзаце подчеркнуть нужное в соответствии с имеющимися основаниями.

Согласен(на, ны) на размещение информации о ребенке (фамилия, имя, отчество (при наличии), фото- и видеоматериалы) на официальных интернет-каналах и порталах, в т.ч. на сайте МБОУ «Староибрайкинская СОШ» АМР РТ.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Дополнительные сведения<sup>2</sup> 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)

<sup>2</sup> \_\_\_\_\_  
Дополнительные сведения здесь и ниже не обязательны для заполнения.

