|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору МАОУ «СОШ № 29»Геффеле Е.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. заявителя)СНИЛС заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять с 01.09.2024 на обучение в 1 класс моего ребенка:

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ СНИЛС ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства (постоянной регистрации) ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес места пребывания (проживания фактически) ребенка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Сведения о матери** **(законном представителе) ребенка:** | **Сведения об отце** **(законном представителе) ребенка** |
| Фамилия | Фамилия |
| Имя  | Имя  |
| Отчество  | Отчество  |
| Адрес места жительства (постоянной регистрации) родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места пребывания (проживания фактически) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Адрес места жительства (постоянной регистрации) родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места пребывания (проживания фактически) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

Посещал МАДОУ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о наличии права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема (отметить):

1. В школе обучаются его брат и (или) сестра (полнородные и неполнородные, усыновленные (удочеренные), дети, опекунами (попечителями) которых являются родители (законные представители) этого ребенка, или дети, родителями (законными представителями) которых являются опекуны (попечители) этого ребенка.
2. Относится к детям военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, уволенных с военной службы при достижении ими предельного возраста пребывания на военной службе, по состоянию здоровья или в связи с организационно-штатными мероприятиями.
3. Относится к детям сотрудников правоохранительных органов: действующих сотрудников полиции, граждан, погибших или получивших тяжелые травмы при выполнении служебных обязанностей, ушедших со службы из‑за заболевания или травмы, полученной в период прохождения службы, умерших в течение года после увольнения вследствие увечья, полученного при прохождении службы.
4. Относится к детям сотрудников органов внутренних дел, не являющихся сотрудниками полиции.
5. Относится к детям сотрудников органов уголовно-исполнительной системы, принудительного исполнения, противопожарной службы, таможенных органов: действующих сотрудников, умерших в течение года после увольнения вследствие заболевания или увечья, полученного при прохождении службы. уволенных из‑за заболевания или увечья, полученной в период прохождения службы, умерших в течение года после увольнения вследствие увечья или заболевания.
6. Относится к детям прокурора.
7. Относится к детям судьи.
8. Относится к детям сотрудника следственного комитета.
9. другое основание (указать в соответствии с законодательством РФ).

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

Сведения о потребности обучения ребенка **по адаптированной образовательной программе** и (или) в создании специальных условий для организации обучения обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (требуется / не требуется)

Сведения о потребности создания специальных условий для организации обучения и воспитания **ребенка-инвалида** в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (требуется / не требуется)

Согласие родителя (законного представителя ребенка) на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (согласен/не согласен)

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

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Согласен (согласна) на обработку своих персональных данных и своего ребенка в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в области персональных данных: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (да/нет).

Подпись родителя (законного представителя):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись расшифровка

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.