

Директору МБОУ «Пальниковская ООШ»

Лопатиной Светлане Алексеевне

от _____

(ФИО)

прож.по адресу: _____

Домашний телефон № _____

Мобильный телефон № _____

Эл.адрес _____

Заявление о приеме на обучение

Прошу зачислить _____

(ФИО ребенка или поступающего)

_____ года рождения, проживающего по адресу: _____

(указывается адрес места жительства и (или) пребывания ребенка или поступающего)

в _____ класс Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Пальниковская основная общеобразовательная школа» по основной общеобразовательной программе: *начального общего, основного общего образования, адаптированной общеобразовательной программе* (нужное подчеркнуть).

Нуждается в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ОВЗ (нужное подчеркнуть) *нуждается; не нуждается.*

Формы обучения: очная, очно- заочная, заочная (нужное подчеркнуть).

Язык образования _____

Изучение родного языка из числа народов РФ _____

К заявлению прилагаются:

- копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) ребенка или поступающего; _____
- копия свидетельства о рождении ребенка или документа, подтверждающего родство заявителя; _____
- копия документа, подтверждающего установление опеки или попечительства (при необходимости); _____
- копия документа о регистрации ребенка или поступающего по месту жительства или по месту пребывания на закрепленной территории или справку о приеме документов для оформления регистрации по месту жительства; _____
- копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии). _____

С уставом образовательного учреждения, лицензией на ведение образовательной деятельности, свидетельством об аккредитации, образовательными программами, локальными актами, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен(а)

дата _____

подпись _____ / _____ /

ФИО

Даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в объеме, указанном в заявлении и прилагаемых документах, с целью организации его обучения и воспитания при оказании муниципальной услуги.

дата _____

подпись _____ / _____ /

ФИО

Даю согласие на обучение моего ребенка по адаптированной общеобразовательной программе для обучающихся с ОВЗ

дата _____

подпись _____ / _____ /

ФИО