|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Директору МКОУ «Кондровская СОШ №1»Мальвовой Н.А.от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО заявителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(адрес места жительства и (или) адрес места пребывания заявителя) |

Заявление о приеме

Прошу принять моего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 сына, дочь, опекаемого или указывается иной социальный статус ребенка по отношению к заявителю
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка

в\_\_\_\_\_\_\_класс 2025 - 2026 учебного года для получения начального общего образования и обучения по основным образовательным программам школы указанных уровней.

Выбранная форма обучения: ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, форма получения образования:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Дата рождения ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Адрес проживания ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Мать |  |  | Отец |  |
|  |  |  |
| Место работы |  |  | Место работы |  |
| Должность |  |  | Должность |  |
| Телефон  |  |  | Телефон |  |

Ребенок имеет (не имеет) право внеочередного, первоочередного или преимущественного приема

Потребность ребенка 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: имеется или не имеется)

Согласие на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (заполняется в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (вписать: согласен(ны))

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

Прошу предоставить возможность получения образования на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_языке.

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся в МКОУ «Кондровская СОШ №1» ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Даю согласие МКОУ «Кондровская СОШ №1» на обработку персональных данных, полученных в связи с приемом, в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в области персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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