

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
адрес проживания

\_\_\_\_\_  
адрес регистрации, контактный телефон

## Заявление

Прошу зачислить в 1 класс моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) ребенка полностью*

Дата рождения ребенка: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

Место рождения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации ребенка: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства ребенка: \_\_\_\_\_

С уставом, лицензией на осуществления образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающегося **ознакомлены.**

подпись родителя (отец) \_\_\_\_\_

подпись родителя (мать) \_\_\_\_\_

### Язык образования \_\_\_\_\_

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

подпись родителя (отец) \_\_\_\_\_

подпись родителя (мать) \_\_\_\_\_

### Родители/законные представители:

#### Мать \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) полностью, контактный телефон, адрес электронной почты*

Адрес места жительства \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

#### Отец \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) полностью, контактный телефон, адрес электронной почты*

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

«Имеется потребность» - заполняется в случае необходимости, нужное подчеркнуть)

указать сведения о потребности ребенка или поступающего 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 включением психолога медико-педагогической комиссии (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации

(«Даю свое согласие на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе»,  
заполняется в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)

\_\_\_\_\_  
подпись родителя (отец)

\_\_\_\_\_  
подпись родителя (мать)

При наличии документа: указать сведения о наличии права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема

На основании Федерального закона от 27 июля 2006 №152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие** на обработку своих персональных данных и персональных данных своего ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

\_\_\_\_\_  
подпись родителя (отец)

\_\_\_\_\_  
подпись родителя (мать)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024г.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024г.