|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Директору | Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение Чуровская средняя общеобразовательная школа |
|  |  *(наименование организации)*  |
|  | Пантюхина Галина Николаевна |
|  | *(Ф.И.О. директора)* |
|  |  |
|  | *(Ф.И.О. родителя / законного представителя)* |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего(ю) сына (дочь)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_место рождения: –, зарегистрированного(ую) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в 1 класс Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение Чуровская средняя общеобразовательная школа

|  |  |
| --- | --- |
|  Мать |  |
|  |  ФИО, адрес места жительства, адрес электронной почты, контактный телефон |
|  Отец |  |
|  |  ФИО, адрес места жительства, адрес электронной почты, контактный телефон |
|  Законный представитель |  |
|  ФИО, адрес места жительства, адрес электронной почты, контактный телефон |

**Наличие потребности** ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с документом учреждения здравоохранения врачебно-экспертной комиссии или врачебно-контрольной комиссии (ВЭК или ВКК)**\***:

 ☑ Потребность отсутствует

 ☐ Потребность есть

**Согласие на обучение по адаптированной образовательной программе**

 Согласие на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе отсутствует

**Сведения о наличии льгот:**

 Наличие льготы на направление для зачисления ребенка в образовательное учреждение:

 ☐ Да

 ☑ Нет

Обладатель льготы:

 ☐ Ребёнок

 ☐ Заявитель

 **Сведения о льготе** (н*аличие льгот подтверждается заявителем путем предоставления соответствующих документов)*

 Язык образования:

|  |  |
| --- | --- |
|  Родной язык из числа языков |  |
|  народов Российской Федерации: Русский |

|  |  |
| --- | --- |
|  Государственный язык республики |  |
|  Российской Федерации: Русский |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.  |  |  /. Подпись заявителя родителя (законного представителя)/ Фамилия, инициалы  |
|  |  |  |

 С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а). \_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

 Даю согласие на сбор, систематизацию, хранение и передачу моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, место регистрации, место проживания, серия, номер, дата и место выдачи паспорта), а также сведений, относящихся к льготной категории при предоставлении муниципальной услуги, и на сбор, систематизацию, хранение и передачу персональных данных о несовершеннолетнем ребенке (фамилия, имя, отчество, место регистрации, место пребывания, серия, номер, дата и место выдачи свидетельства о рождении), а также сведений, подтверждающих ограниченные возможности здоровья ребенка.\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

 Регистрационный номер заявления **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 г.  |  |  /. Подпись заявителя родителя (законного представителя)/ Фамилия, инициалы  |
|  |  |  |