Регистрационный № Директору

от \_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_\_г *муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Жариковская средняя общеобразовательная школа*

*Пограничного муниципального округа»*

***Байдракову Виктору Петровичу***

от

*Фамилия заявителя*

*Имя Отчество заявителя*

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕ**

Я, родитель (законный представитель) ребенка

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

дата рождения ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ул./пер. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_ кв.

прошу принять его на обучение в **1 класс** МБОУ «Жариковская СОШ ПМО».

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(да, нет)

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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(имеется, не имеется)

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

(да, нет, не требуется)

Язык образования (в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации или на иностранном языке): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

укажите язык, на котором ребенок будет получать образование

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации (в случае реализации права на изучение родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(укажите родной язык ребенка)

Государственный язык республики Российской Федерации (в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республики Российской Федерации):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(русский)

С Уставом, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, а также права и обязанности обучающихся МБОУ «Жариковская СОШ ПМО», ознакомлен(а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

Проинформирован(а) о порядке приема в данное образовательное учреждение и порядке подачи апелляции:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

Сообщаю следующие сведения о родителях (законных представителях) ребенка:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сведения | Родитель (законный представитель) | Родитель (законный представитель) |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |  |
| Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания |  |  |
| Адрес(а) электронной почты |  |  |
| Номер(а) телефона(ов) |  |  |

Даю свое согласие оператору (МБОУ «Жариковская СОШ ПМО» по адресу: *692588 с. Жариково, ул. Кооперативная, д. 33*) на обработку и использование моих персональных данных и данных моего ребенка, согласно ст. 3 ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 (далее – Закон), в целях, определенных Уставом, различными способами, в том числе путем осуществления автоматизированного анализа персональных данных, до окончания обучения в данном образовательном учреждении. Согласно п. 5 ст. 21 Закона настоящее согласие может быть отозвано мной только при условии письменного уведомления оператора не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения использования данных оператором:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)

20\_\_\_\_ г ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

(подпись заявителя) (расшифровка подписи)