

Директору МБОУ  
«Сизовская средняя школа»

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)  
родителя (законного представителя))

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о зачислении в первый класс МБОУ «Сизовская средняя школа»,**  
**реализующей программу общего образования**

Прошу принять моего ребёнка (сына, дочь) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания: \_\_\_\_\_

Сведения о втором родителе (законном представителе):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя))

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_

Сведения о наличии права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема на обучение в общеобразовательной организации: \_\_\_\_\_

Сведения о потребности в обучении по адаптированной образовательной программе: \_\_\_\_\_

*(в случае наличия указывается вид адаптированной программы в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии)*

Сведения о 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: \_\_\_\_\_

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе:

*(в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)*

Язык образования: \_\_\_\_\_

*(в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка)*

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)*

Государственный язык Республики Крым:

*(в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка Республики Крым)*

С Уставом, со сведениями о дате предоставления 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, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен(а).

Решение прошу направить:

- на бумажном носителе в виде распечатанного экземпляра электронного документа по почте;
- на бумажном носителе в виде распечатанного экземпляра электронного документа при личном обращении в Организацию;
- в электронном формате (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов) посредством электронной почты.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Согласен(на) на обработку персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 376304230083447847618637456882370283188412430429

Владелец Гащиц Татьяна Ильинична

Действителен с 18.04.2024 по 18.04.2025