

Принять в \_\_\_\_\_ класс с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Т.А. Аксенова

Ф.И.О. директора

подпись директора

Директору МАОУ «Средняя  
общеобразовательная школа № 17»  
Т.А. Аксеновой

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о приеме на обучение**

Прошу принять в \_\_\_\_\_ класс муниципального автономного общеобразовательного учреждения  
(номер класса)

«Средняя общеобразовательная школа № 17» моего ребенка \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) несовершеннолетнего ребенка или совершеннолетнего гражданина)

Дата рождения ребенка: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

**Заявители муниципальной услуги:**

**Мать:**

1.Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2.Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания: \_\_\_\_\_

3.Контактный телефон: +7 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

4.Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

5.Наличие права первоочередного приема: \_\_\_\_\_

(указание нормативно-правого акта, устанавливающего право первоочередного приема)

6.Наличие права преимущественного приема: \_\_\_\_\_

(имею/не имею)

**Отец:**

1.Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2.Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания: \_\_\_\_\_

3.Контактный телефон: +7 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

4.Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

5.Наличие права первоочередного приема: \_\_\_\_\_

(указание нормативно-правого акта, устанавливающего право первоочередного приема)

6.Наличие права преимущественного приема: \_\_\_\_\_

(имею/не имею)

**Иной законный представитель:**

1.Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2.Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания: \_\_\_\_\_

3.Контактный телефон: +7 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

4.Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

5.Наличие права первоочередного приема: \_\_\_\_\_

(указание нормативно-правого акта, устанавливающего право первоочередного приема)

6.Наличие права преимущественного приема: \_\_\_\_\_

(имею/не имею)

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

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка \_\_\_\_\_  
(указать)

Уведомляю о потребности 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 документ, устанавливающий право ребенка на обучение по АОП и (или) создания специальных условий для организации обучения и воспитания учащегося с ОВЗ)

Согласие родителей (законных представителей) ребенка, совершеннолетнего гражданина на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) \_\_\_\_\_  
(согласен/не согласен)

Ознакомлен/а с уставом общеобразовательного учреждения, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности учащихся.

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. заявителя \_\_\_\_\_ подпись

Дата подачи заявления: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. заявителя \_\_\_\_\_ подпись

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество заявителя)

даю свое согласие на обработку своих персональных данных, персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. заявителя \_\_\_\_\_ подпись