|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер в | | | | | | | | | |
| учетной системе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | Директору | | | | |
|  | |  | |  | *МБОУ лицея №3* | | | | |
|  | |  | |  |  | | | | |
|  | |  | |  | *А.В. Тостановскому* | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  | | |
| Заявление | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  | | |
| Прошу принять моего ребенка на обучение в *МБОУ лицей №3* по основной общеобразовательной программе основного общего образованияи зачислить в \_\_\_\_\_\_\_*[номер параллели]* класс | | | | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  | | |
| Сведения о ребенке: | | | | | | | | | |
| Фамилия | |  | | | | | | | |
| Имя | |  | | | | | | | |
| Отчество (при наличии) | |  | | | | | | | |
| Дата рождения | |  | | | | | | | |
| Адрес места жительства / пребывания | |  | | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  | | |
| Сведения о заявителе (родителе, законном представителе): | | | | | | | | | |
| Фамилия | |  | | | | | | | |
| Имя | |  | | | | | | | |
| Отчество (при наличии) | |  | | | | | | | |
| Адрес места жительства / пребывания | |  | | | | | | | |
| Адрес электронной почты | |  | | | | | | | |
| Контактный телефон | |  | | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  |  | | |
| Сведения о втором родителе, законном представителе: | | | | | | | | | |
| Фамилия | |  | | | | | | | |
| Имя | |  | | | | | | | |
| Отчество (при наличии) | |  | | | | | | | |
| Адрес места жительства / пребывания | |  | | | | | | | |
| Адрес электронной почты | |  | | | | | | | |
| Контактный телефон | |  | | | | | | | |
|  | |  | |  |  |  | З | | |
| Наличие *внеочередного, первоочередного или преимущественного* права на зачисление *(нужное подчеркнуть)* | | | | | | | | | Да / Нет | |
| Потребность *в обучении ребенка 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 (ребёнка-инвалида)* в соответствии с индивидуальной программой реабилитации *(нужное подчеркнуть)* | | | | | | | | | Да / Нет |
| Даю согласие на обучение моего ребенка по адаптированной образовательной программе *(в случае наличия потребности)* | | | | | | | | | Да / Нет |
| Язык образования: | | | *[указывается язык образования]* | | | | | | |
| Родной язык из числа языков народов РФ: | | | *[указывается язык из числа языков народов РФ]* | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| [дата] | [подпись] | | | | | | | [фамилия И.О. заявителя] | |
| С уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами и локальными актами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся МБОУ [наименование учреждения], ознакомлен(а) | | | | | | | | | |
| [дата] | [подпись] | | | | | | | [фамилия И.О. заявителя] | |
|  | | | | | | | | | |
| Согласен(на) на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в объеме, указанном в заявлении и прилагаемых документах, с целью организации обучения и воспитания моего ребенка. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| [дата] | [подпись] | | | | | | | [фамилия И.О. заявителя] | |