

Рег. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Директору МБОУ Итатской СШ им. Данкевич Т.Ф.  
И.Р. Литвиновой

Приказ о зачислении  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

от \_\_\_\_\_  
(ФИО поступающего)

адрес места жительства \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕ

Прошу зачислить в \_\_\_\_ класс (профиль - \_\_\_\_\_)  
муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Итатская средняя  
общеобразовательная школа имени Данкевич Тамары Файвишевны» меня:

*(указать полностью фамилию, имя, отчество (при наличии) поступающего)*

Дата рождения поступающего: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания поступающего \_\_\_\_\_

Адрес (а) электронной почты, номер (а) телефона (ов) (при наличии) поступающего \_\_\_\_\_

#### **Информация о родителях (законных представителях):**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (ей) (законного (ых) представителя (ей)  
поступающего \_\_\_\_\_

2. Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя (ей) (законного (ых)  
представителя (ей) поступающего \_\_\_\_\_

3. Адрес (а) электронной почты, номер (а) телефона (ов) (при наличии) родителя (ей) (законного (ых)  
представителя(ей) поступающего \_\_\_\_\_

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

Потребность поступающего 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 \_\_\_\_\_

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

Согласие поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, на обучение по адаптированной  
образовательной программе (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной  
программе) \_\_\_\_\_

Язык образования \_\_\_\_\_

Родной язык \_\_\_\_\_

Заявитель с Уставом, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а):

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(дата подачи заявления) (личная подпись заявителя) (ФИО заявителя)

Заявитель согласен на обработку его персональных данных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(дата подачи заявления) (личная подпись заявителя) (ФИО заявителя)