Директору МБОУ СШ № 64

 Л.Ф. Мустафиной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О. полностью)*

 зарегистрирован\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес фактического проживания:

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

Контактные телефоны:

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас принять в 1 класс МБОУ СШ № 64 моего сына (дочь/опекаемого) с 01.09.2021г. на \_\_\_\_\_\_\_\_\_ форму обучения. На основании статьи 14 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» прошу организовать для моего ребенка обучение на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ языке, в том числе изучение родного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ языка и литературного чтения/родной литературы на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_языке. Решение о выборе формы получения образования, формы обучения, языка образования принято с учётом мнения ребёнка.

**Сведения о ребёнке:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Фамилия* |  |
| *Имя* |  |
| *Отчество (при наличии)* |  |
| *Дата рождения* |  |
|  *Адрес места жительства* |  |
|  *Адрес места пребывания* |  |

*Посещали детский сад №\_\_\_\_\_\_ / не посещали.*

С Уставом МБОУ СШ № 64, лицензией на право ведения образовательной деятельности № 2751 от 14.01.2016 г., свидетельством о государственной аккредитации №2766 от 26.01.2016 г., общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся МБОУ СШ № 64, ознакомлен (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Фамилия, инициалы

**Сведения о заявителе (родителе, законном представителе):**

|  |  |
| --- | --- |
| *Фамилия* |  |
| *Имя* |  |
| *Отчество (при наличии)* |  |
|  *Адрес места жительства* |  |
|  *Адрес места пребывания* |  |
| *Контактные данные: телефон, электронная почта* |  |

**Наличие права на внеочередное, первоочередное и преимущественное зачисление в школу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Потребность в обучении по адаптированной программе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

В соответствии с нормами Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» даю согласие МБОУ СШ №64 на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребёнка, необходимых для процедуры зачисления в электронном виде, защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов моего ребёнка, а также для исполнения договора на обучение моего сына (дочери), стороной которого я являюсь. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Фамилия, инициалы

 В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ подтверждаю свое согласие на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи педагогами и специалистами МБОУ СШ №64 моему сыну (дочери) при условии получения информации о всех видах планируемых обследований (психологических, психолого-педагогических) и информации о результатах проведенных обследований моего ребенка.

 Предоставляю Школе право осуществлять все действия по подбору диагностических методик, организации и проведения диагностических обследований, использование результатов диагностических обследований в обучении, воспитании и развитии моего ребенка.

 Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Школы по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку надлежаще уполномоченному представителю Школы.

 В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи Школа обязана прекратить оказание психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи в виде обследований (психологических, психолого-педагогических) и не использовать информацию о результатах проведенных обследований моего ребенка.

 Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

(дата)

Дата подачи заявления\_\_\_\_\_\_\_\_ Личная подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Приложения**

 *копия документа удостоверяющего личность заявителя (паспорт);*

 *копия свидетельства о рождении ребенка;*

 *копия документа, подтверждающего родство заявителя (при необходимости);*

 *свидетельство о регистрации ребёнка по месту жительства или по месту пребывания на закреплённой территории или документ, содержащий сведения о регистрации ребёнка по месту жительства или по месту пребывания на закреплённой территории;*

*Другие документы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Дата, время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись специалиста МБОУ СШ №64\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_