Директору СОШ № 30 Новиковой А.А.

(Фамилия, Имя, Отчество (последнее-при наличии) родителя (законного представителя) ребенка

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о приеме на обучение**

Прошу принять

Фамилия, Имя, Отчество (последнее - при наличии) ребенка

в 10 класс.

Дата рождения ребенка место рождения

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

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

**Родители (законные представители) ребенка:**

Мать (законный представитель):

Ф.И.О. (последнее при наличии)

Адрес места жительства и(или) места пребывания матери (законного представителя):

Адрес электронной почты, номер тел. (при наличии)

Отец (законный представитель) ребенка:

Ф.И.О. (последнее при наличии)

Адрес места жительства и (или) места пребывания отца (законного представителя):

Адрес электронной почты, номер тел. (при наличии)

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема (указать)

Потребность 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-медико­педагогической комиссии (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации) (указать)

Согласие родителя (ей) (законного (ых) представителя (ей) ребенка на обучение по адаптированной образовательной программе (указать в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)

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

(указать факт согласия, подпись)

Прошу обеспечить обучение моего сына/дочери на языке.

Прошу обеспечить в рамках изучения предметной области «Родной язык и литературное чтение на родном языке», «Родной язык и родная литература» изучение

языка.

С Уставом общеобразовательной организации, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации общеобразовательной организации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указать факт ознакомления, подпись)

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку, сбор, включая систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, использование, передачу в государственные, муниципальные органы, лечебно-профилактические учреждения города Рыбинска Ярославской области и Ярославской области, обезличивание, блокирование, уничтожение своих персональных данных (фамилия, имя, отчество, год, дата рождения, адрес местожительства, телефон, место работы, номер паспорта, номер страхового свидетельства и т.д.) и персональных данных ребенка. Согласие действует до даты подачи мною заявления об отзыве настоящего согласия.

« » 20 г.

/

подпись расшифровка подписи