|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  |  |  | Директору МАОУ СОШ п. Рыбачий | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  | (наименование организации) | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  |  |  | Яковлева Людмила Петровна | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  | (Фамилия И.О. директора) | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  | Родителя (законного представителя) - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  | (Фамилия Имя Отчество) | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  | проживающей/его по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  | Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  | Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | **Заявление** | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |
|  | (фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)) | | | | | | | | | | | |  |
|  | паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |  |
|  | (серия, номер) | | | | | | | | (кем выдан) | | | |  |
|  | «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» являясь родителем (законным представителем) | | | | | | | | | | | |  |
|  | (дата выдачи) | | |  | (нужное подчеркнуть) | | | | | | | |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |
|  | (фамилия, имя, отчество ребенка) | | | | | | | | | | | |  |
|  | прошу принять моего ребенка (сына, дочь) \_\_\_\_. \_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_года рождения, | | | | | | | | | | | |  |
|  | (нужное подчеркнуть) | | | | | | (дата рождения) | | | |  | |  |
|  | зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |
|  | фактически проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |
|  | в 1 класс МАОУ СОШ п. Рыбачий. | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | Имеет право внеочередного, первоочередного приема в общеобразовательную организацию в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |
|  | Имеет право преимущественного приема в Вашу общеобразовательную организацию в связи с обучением в \_\_\_ классе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | фактически проживающего по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  | Имеет потребность в обучении по адаптированной образовательной программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |
|  | (указать какой именно в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии) | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |
|  | (указать какой именно комиссией выдано заключение) | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  | | | | |  | |  |  |
|  | и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |
|  | Даю согласие на обучение моего ребенка на обучение по указанной выше адаптированной образовательной программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  | (подписи родителей) | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Даю согласие на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ язык образования (в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации или на иностранном языке). | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации образовательной организации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся МАОУ СОШ п. Рыбачий ознакомлен(а) | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | подпись/расшифровка подписи | | | | | | |  |  |