|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору МБОУ СШ № 45Н.Н.Раклистовой *Ивановой Марии Ивановны* (фамилия, имя, отчество заявителя полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

## З А Я В Л Е Н И Е

###

###  Прошу Вас зачислить  *моего сына Иванова Ивана Ивановича*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в *1*  класс

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка полностью)

 *гуманитарной направленности, ФИО учителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

программа или выбор учителя на уровне начального общего образования, профиль на уровне основного общего и среднего общего образования

Дата рождения ребенка или поступающего *30.08.2018*

Адрес места жительства / места пребывания ребенка или поступающего \_\_\_\_\_\_\_\_

 *г.Тверь, Октябрьский пр., д.59 кв.225*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Форма обучения *очная*.

При выборе формы обучения мнение ребенка учтено *Подпись родителя*.

Подпись

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема:

* Внеочередного

*отец – участник СВО, погибший при выполнении задач в СВО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(основание)

* Первоочередного

*отец – военнослужащий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(основание)

* Преимущественного

*брат Иванов Василий Иванович,7а класс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(Ф.И.О. брата и (или) сестры, (или опекаемого/усыновленного ребенка из вашей семьи) обучающегося в МБОУ СШ № 45, класс)

Потребность *ребенка/меня* в обучении по адаптированной образовательной

 (нужное подчеркнуть)

программе в соответствии с заключением ПМПК  *не имеется\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*.

(не имеется/ имеется)

Даю согласие на обучение *ребенка/меня* по адаптированной образовательной

 (нужное подчеркнуть)

программе, вариант \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Подпись

 Потребность *ребенка/меня* в создании специальных условий для организации

 (нужное подчеркнуть)

обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением ПМПК или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации *не имеется*.

(не имеется/ имеется)

**Сведения о родителях (законных представителях):**

Мать/законный представитель: *Иванова Мария Ивановна*

нужное подчеркнуть фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя) ребенка

 *г.Тверь, Октябрьский пр., д.59 кв.225*

адрес места жительства/ места пребывания родителя (законного представителя) ребенка

*87582362541\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

адрес(а) электронной почты, номер(а) телефона(ов) родителя (законного представителя) ребенка

 *ООО «Чайка», менеджер, 57-89-20*

место работы, должность, рабочий телефон (указываются по желанию)

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

Отец/ законный представитель: *Иванов Иван Иванович*

нужное подчеркнуть фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя) ребенка

*г.Тверь, Октябрьский пр., д.59 кв.225*

адрес места жительства/ места пребывания родителя (законного представителя) ребенка *87582362541\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

адрес(а) электронной почты, номер(а) телефона(ов) родителя (законного представителя) ребенка

*ООО «Чайка», менеджер, 57-89-20*

место работы, должность, рабочий телефон (указываются по желанию)

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

Адрес(а) электронной почты, номер(а) телефона(ов) поступающего

*НЕ ЗАПОЛНЯТЬ!!!*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен (а). *Подпись*

Подпись

Даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации в объеме, указанном в заявлении и прилагаемых документах с целью приема в МБОУ СШ № 45 и организации обучения и воспитания.  *Подпись*

Подпись

Даю согласие для прохождения тестирования **ребенком, являющимся иностранным гражданином или лицом без гражданства**, на знание русского языка, достаточное для освоения образовательных программ начального общего, основного общего и среднего общего образования. *Подпись*

 *(только для ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН)*

 Подпись

« *01*» *апреля* 20 *25*г. *Подпись*

 Подпись