

Директору МБОУ «ООШ №3» И.Б. Реутовой  
от родителей, законных представителей  
(нужное подчеркнуть)

Мать \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Контактный тел. \_\_\_\_\_  
Отец \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Контактный тел. \_\_\_\_\_  
Законный представитель \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Контактный тел. \_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить моего ребенка в 1 класс МБОУ «ООШ №3»  
Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка

\_\_\_\_\_,  
Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

Адрес места регистрации ребенка \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания (фак. проживание) ребенка \_\_\_\_\_

Сведения о родителях (законных представителей):

Мать (ФИО) \_\_\_\_\_

Адрес места регистрации (или) места пребывания \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Отец (ФИО) \_\_\_\_\_

Адрес места регистрации (или) места пребывания \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Ребенок имеет право внеочередного, первоочередного или преимущественного приема (да/нет):

- в школе обучаются его полнородные и неполнородные брат и (или) сестра;
- относится к детям военнослужащих;
- относится к детям сотрудников правоохранительных органов: действующих сотрудников полиции; граждан, погибших или получивших тяжелые травмы при выполнении служебных обязанностей; ушедших со службы из-за заболевания или травмы, полученной в период прохождения службы; умерших в течение года после увольнения в следствие увечья, полученного при прохождении службы;
- относится к детям сотрудников уголовно-исполнительной системы;
- относится к детям сотрудников противопожарной службы;

относится к детям других категорий граждан, имеющих преимущественное, внеочередное или первоочередное право приема(в соответствии с законодательством РФ)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.  
(указать категорию)

Потребность ребёнка в обучении по адаптированной образовательной программе (далее – АОП) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением ПМПК (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации

Согласие родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по (в случае необходимости обучения ребенка по АОП) \_\_\_\_\_

Прошу организовать для моего ребенка обучение на \_\_\_\_\_ языке и изучение родного \_\_\_\_\_ языка.

Ознакомлены с лицензией МБОУ «ООШ№3» на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации МБОУ «ООШ№3» уставом, образовательными программами реализуемыми учреждениями, правилами внутреннего распорядка учащихся, правилами приема обучающихся и другими документами, регламентирующие организацию и осуществление образовательной деятельности ознакомлен(а)

Даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных моего ребёнка.

Согласен(а) на предоставление персональных данных моих, моего супруга (супруги) и моего ребенка для формирования базы данных учащихся школы.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись мамы)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись папы)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)