

Рег. № \_\_\_\_\_  
Приказ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Приложение № 3  
к приказу по школе  
от 17.01. 2022 г. № 3  
Врио директора  
МОУ «Неклюдовская СОШ им. В.А. Русакова»  
Мироновой А.Ю.

от родителя (законного представителя)  
Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_

## З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить моего ребенка в 1 класс МОУ «Неклюдовская СОШ им. В.А. Русакова»  
Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка \_\_\_\_\_,

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_  
Адрес места регистрации ребенка \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания (фактическое 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 \_\_\_\_\_

Наличие особого права:

Первоочередного \_\_\_\_\_  
(военнослужащий, сотрудник полиции, сотрудник ОВД), (ФИО)

Преимущественного \_\_\_\_\_  
( ФИО брат –сестра, обучающегося в данной ОО, класс)

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 (ребёнка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации

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

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

Ознакомлены с лицензией МОУ «Неклюдовская СОШ им. В.А. Русакова» на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации учреждения, с уставом МОУ «Неклюдовская СОШ им. В.А. Русакова», основными образовательными программами, реализуемыми общеобразовательным учреждением, правилами внутреннего распорядка учащихся, положением о школьной форме, положением о пользовании мобильными информационно-коммуникационными устройствами во время образовательного процесса.

Согласен(а) на обследование обучающегося службами школы (учитель-логопед, педагог-психолог) \_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных моего ребёнка. Согласен(а) на предоставление персональных данных моих, моего супруга (супруги) и моего ребёнка для формирования базы данных обучающихся школы.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись мамы)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись папы)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)