

Директору  
МКОУ СОШ № 9  
ст. Александровской

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. руководителя*

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Адрес проживания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего (ю) сына (дочь) \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. (последнее - при наличии) ребенка*

в \_\_\_\_\_ класс МКОУ СОШ № 9 ст. Александровской.

Дата рождения ребенка (поступающего) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации ребенка \_\_\_\_\_

Адрес проживания ребенка \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (последнее при наличии) матери (законного представителя) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты, контактный телефон \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (последнее при наличии) отца (законного представителя) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты, контактный телефон \_\_\_\_\_

Наличие приема внеочередного, первоочередного или преимущественного приема \_\_\_\_\_

*имею, не имею, указать какое именно право*

Уведомляю о потребности моего ребенка \_\_\_\_\_

*Ф.И.О. (последнее – при наличии) ребенка*

В обучении по адаптированной образовательной программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ОВЗ в соответствии с заключением ПМПК (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации

\_\_\_\_\_  
*название АООП, реквизиты заключения ПМПК*

\_\_\_\_\_  
*число*

\_\_\_\_\_  
*подпись*

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О.*

Согласие поступающего, достигшего возраста 18 лет, на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения указанного поступающего по адаптированной образовательной программе) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*название АООП, реквизиты заключения ПМПК*

\_\_\_\_\_  
*число*

\_\_\_\_\_  
*подпись*

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О.*

Прошу организовать для моего ребенка \_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. (последнее - при наличии) ребенка*

обучение на \_\_\_\_\_  
*язык образования*

и  
изучение \_\_\_\_\_  
*родного языка, государственного языка Кабардино-Балкарской Республики*

\_\_\_\_\_

*число*

*подпись*

*Ф.И.О.*

С Уставом Учреждения, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся \_\_\_\_\_  
*ознакомлен/ознакомлена*

\_\_\_\_\_

*число*

*подпись*

*Ф.И.О.*

Согласно ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю (не даю) свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в объеме, указанном в заявлении и прилагаемых документах, с целью организации обучения и воспитания.

\_\_\_\_\_

*число*

*подпись*

*Ф.И.О.*

Перечень прилагаемых документов:

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

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
*Ф.И.О.*