

Учетный №  
« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Директору МБОУ Сосновской СОШ №2  
им. И.Ю. Уланова  
наименование организации  
Платицыной Людмиле Валерьевне  
Ф.И.О (при наличии) руководителя (директора)  
Организации

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить в \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_  
указать профиль (при наличии)

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка или поступающего

\_\_\_\_\_  
дата рождения ребенка или поступающего

\_\_\_\_\_  
адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка или поступающего

\_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя(ей) (законного(ых)  
представителя(ей)  
ребенка \_\_\_\_\_,

адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя(ей)  
(законного(ых) представителя(ей) ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Адрес(а) электронной почты, номер(а) телефона(ов) (при наличии)  
родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка или  
поступающего \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при  
наличии) \_\_\_\_\_

### Дополнительные сведения

Имею преимущественное право\*: да/нет \_\_\_\_\_

Нужное подчеркнуть. Если да - указать ФИО(при наличии) братьев  
и (или) сестер, совместно проживающих с ребенком и  
посещающих Организацию

Имею внеочередное или первоочередное право на зачисление в  
Организацию\*: да/нет. \_\_\_\_\_

Нужное подчеркнуть. Если да – указать основания права приема

Потребность в обучении по адаптированной образовательной  
программе в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической  
комиссии (при наличии) \*\*: да/нет.

(нужное подчеркнуть)

Потребность в создании специальных условий для организации  
обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями  
здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической

комиссии (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации\*\* : да/нет.

(нужное подчеркнуть)

На обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной программе) \*\*\* согласен/не согласен.

(нужное подчеркнуть)

Язык образования (в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации или на иностранном языке)

---

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации (в случае реализации права на изучение родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка)

---

Государственный язык республики Российской Федерации (в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республики Российской Федерации)\_\_\_\_\_.

С уставом Организации, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен /не ознакомлен.

(нужное подчеркнуть)

На обработку своих персональных данных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации\*\*\* согласен /не согласен.

(нужное подчеркнуть)

Для прохождения тестирования на знание русского языка\*\*\*\* согласен /не согласен.

(нужное подчеркнуть)

---

подпись заявителя

---

ФИО (при наличии) заявителя

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
дата подачи заявления

---

\* Заполняется только при зачислении ребенка в первый класс.

\*\* Заполняется только при наличии заключения психолого-медико-педагогической комиссии или при наличии индивидуальной программы реабилитации.

\*\*\* Заполняется родителем(ями) (законным(ыми) представителем(ями)) ребенка или поступающим, достигшим возраста восемнадцати лет.

\*\*\*\* Заполняется родителем(ями) (законным(ыми) представителем(ями)) ребенка являющегося иностранным гражданином или лицом без гражданства.

