

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ Регистрационный номер  
202 г  
Директору МБОУ «Березинская СОШ»  
Кузнецовой Л.Е.  
ФИО заявителя \_\_\_\_\_

## Заявление

о приёме на обучение

Прошу принять моего(ю) сына (дочь)/ меня в \_\_\_\_\_ класс МБОУ «Березинская СОШ»  
и сообщаю следующие сведения:

**1. Сведения о ребенке:**

Фамилия: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

Дата рождения: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

Адрес регистрации по месту жительства  
(ребенка): \_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту пребывания  
(ребенка): \_\_\_\_\_

**2. Сведения о родителях (законных представителях) и контактных данных**

Фамилия: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес места проживания: \_\_\_\_\_

Номер  
телефона: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Фамилия: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес места проживания: \_\_\_\_\_

Номер

телефона: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

3. Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приёма на обучение:

(указать наличие / отсутствие, вид, основание)

4. Потребность в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) 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: \_\_\_\_\_

(имеется / не имеется)

Согласен (на) на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)

(подпись родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)) ребенка)

Согласен(на) на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения указанного поступающего по адаптированной образовательной программе)

(подпись поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет)

В ходе реализации образовательных программ начального общего, основного общего и среднего общего образования прошу использовать:

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 образовательной организацией возможности изучения государственного языка республики Российской Федерации)

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

С правилами приема в МБОУ «Березинская СОШ» ознакомлен(а):  
Подпись \_\_\_\_\_

(подпись родителя(ей) законного(ых) представителя(ей) ребенка / поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г. \_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, инициалы)