И.о.директора

муниципального бюджетного

общеобразовательного учреждения

«Ермолаевская основная

общеобразовательная школа»

Орловского муниципального округа

Орловской области

М.Е.Фоминовой

родителя(законного представителя)

|  |
| --- |
| Фамилия  Имя  Отчество  Заявление  о предоставлении муниципальной услуги  Прошу принять моего ребенка (фамилия, имя, отчество)  (дата рождения)  (адрес места жительства ребенка и (или) адрес места пребывания ребенка)  в \_ класс Вашей школы в форме обучения: очной, очно-заочной, семейного образования, самообразования.(нужное подчеркнуть) |
| Право первоочередного или преимущественного приема (льгота, подтверждается документом)  Потребность ребенка или поступающего в обучении по адаптированной основной общеобразовательной 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 или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации  (указать)  Я, руководствуясь [ч. 3 ст. 55](consultantplus://offline/ref%3D0EE1356D0DFBC381CFAF466D9D70370C886D6AA6C4DB26D42172CE34238EB6497B59E2F701A54C31D8B678317876686D4C2A4438733E71E2sBOCH) Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» и на основании рекомендаций  (наименование психолого-медико-педагогической комиссии)  от « » 20 г. № , даю свое согласие на обучение моего ребенка по адаптированной основной общеобразовательной программе.  Язык образования (в случае получения образования на родном языке из числа языков народов РФ или на иностранном языке)  Родной язык из числа языков народов РФ (в случае реализации права на изучение родного языка из числа языков народов РФ, в том числе русского языка как родного  языка)  Государственный язык республики РФ (в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республики  РФ)  С уставом Учреждения, 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, режимом работы МБОУ «Паньковская ООШ» Орловского муниципального округа ознакомлен(а). |

Сведения о родителях

|  |  |
| --- | --- |
| **Мать** | **Отец** |
| Фамилия | Фамилия |
| Имя | Имя |
| Отчество | Отчество |
| Адрес места жительства и (или) пребывания: | Адрес места жительства и (или) пребывания: |
| Адрес электронной почты: | Адрес электронной почты: |
| Номер телефона: | Номер телефона: |

Даю согласие на обработку персональных данных моих и моего ребенка

« » 20 года

(подпись) (расшифровка подписи)

И.о.директора

муниципального бюджетного

общеобразовательного учреждения

«Ермолаевская основная

общеобразовательная школа»

Орловского муниципального округа

Орловской области

М.Е.Фоминовой

родителя (законного представителя)

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Населенный пункт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кв\_\_\_\_, д.\_\_\_\_\_\_\_,телефон:

электронная почта (при наличии):

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обучение ребёнка с ограниченными возможностями

здоровья по адаптированной основной образовательной программе начального общего образования для обучающихся с задержкой психического развития

(фамилия, имя, отчество родителя(законного представителя) с ограниченными возможностями здоровья

являющаяся(ийся) (

руководствуясь ч.3 ст.55 Федерального закона от 29.12.2012 года № 273-ФЗ «Об

образовании в Российской Федерации» и на основании Заключения ТПМПК Орловского муниципального округа от « » г. № , заявляю о согласии на обучение

(Ф.И.О. ребёнка)

по ( наименование программы)

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

в

(наименование образовательного учреждения)

Приложения:

1. Свидетельство о рождении
2. Заключение ТПМПК от « » г. № ,

« » 20 г.

( подпись) (Ф.И.О.)

И.о.директора

муниципального бюджетного

общеобразовательного учреждения

«Ермолаевская основная

общеобразовательная школа»

Орловского муниципального округа

Орловской области

М.Е.Фоминовой

родителя (законного представителя)

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| заявление  о предоставлении муниципальной услуги  Прошу принять моего ребенка  (фамилия, имя, отчество) (дата рождения)  (адрес места жительства ребенка и (или) адрес места пребывания ребенка)  в <\*> класс Вашей школы в форме обучения: очной, очно- заочной, семейного образования, самообразования.  (нужное подчеркнуть)  <\*\*> Окончил(а) классов МБОУ  <\*\*\*> Изучал(а) язык.  Право первоочередного или преимущественного приема (льгота, подтверждается документом)  Потребность ребенка или поступающего в обучении по адаптированной основной общеобразовательной 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 или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации  (указать)  Я, руководствуясь [ч. 3 ст. 55](consultantplus://offline/ref%3D0EE1356D0DFBC381CFAF466D9D70370C886D6AA6C4DB26D42172CE34238EB6497B59E2F701A54C31D8B678317876686D4C2A4438733E71E2sBOCH) Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» и на основании рекомендаций  (наименование психолого-медико-педагогической комиссии)  от « » 20 г. № , даю свое согласие на обучение моего ребенка по адаптированной основной общеобразовательной программе.  Язык образования (в случае получения образования на родном языке из числа языков народов РФ или на иностранном языке)  Родной язык из числа языков народов РФ (в случае реализации права на изучение родного языка из числа языков народов РФ, в том числе русского языка как родного  языка)  Государственный язык республики РФ (в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республикиРФ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  С уставом Учреждения, 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, режимом работы МБОУ «Ермолаевской ООШ» Орловского муниципального округа ознакомлен(а).  Сведения о родителях   |  |  | | --- | --- | | **Мать** | **Отец** | | Фамилия | Фамилия | | Имя | Имя | | Отчество | Отчество | | Адрес места жительства и (или) пребывания: | Адрес места жительства и (или) пребывания: | | Адрес электронной почты: | Адрес электронной почты: | | Номер телефона: | Номер телефона: |   Даю согласие на обработку персональных данных моих и моего ребенка  « » 20 года  (подпись) (расшифровка подписи) |

И.о.директора муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Ермолаевская основная общеобразовательная школа»

Орловского муниципального

округа Орловской области

Фоминовой М.Е.

(Ф.И.О. заявителя)

паспорт

,

проживающего по адресу

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отчислить моего ребенка

(ФИО ребёнка полностью)

родившегося (уюся) , обучающегося (уюся) класса профиль (дата рождения ребёнка)

обучения (при наличии) в связи с переводом в

(полное наименование образовательного учреждения)

Дата Подпись

И.о.директора муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Ермолаевская основная общеобразовательная школа»

Орловского муниципального

округа

Орловской области

Фоминовой М.Е.

(Ф.И.О. заявителя)

Паспорт:

проживающего по адресу

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отчислить моего ребенка

(ФИО ребёнка полностью)

родившегося (уюся) , обучающегося (уюся) класса

(дата рождения ребёнка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

профиль обучения (при наличии) в связи с переездом в

(населённый пункт, субъект Российской Федерации)

Дата подпись