

## Образец заявления о приеме в 1 класс

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Директору МОБУ СОШ № 9  
им. полного кавалера  
Ордена Славы В. И. Аманова  
муниципального образования  
Кореновский район  
родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)

**зарегистрированного по адресу:**

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего (мою) сына (дочь) в \_\_\_\_\_ класс МОБУ СОШ № 9 имени полного кавалера Ордена Славы В. И. Аманова муниципального образования Кореновский район по образовательной программе \_\_\_\_\_ общего образования

1. Ф.И.О. ребенка (полностью) \_\_\_\_\_

Дата и место рождения ребенка \_\_\_\_\_

Адрес места жительства ребенка \_\_\_\_\_

2. Ф.И.О. родителя (отца)/законного представителя (полностью) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства родителя (отца)/ законного представителя \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты родителя (отца)/законного представителя \_\_\_\_\_

Телефон родителя (отца)/законного представителя \_\_\_\_\_

3. Ф.И.О. родителя (матери)/законного представителя (полностью) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства родителя (матери)/ законного представителя \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты родителя (матери)/законного представителя \_\_\_\_\_

Телефон родителя (матери)/законного представителя \_\_\_\_\_

4. При поступлении имеется/не имеется (*нужное подчеркнуть*) право первоочередного приема.

Документ, подтверждающий право очередного приема \_\_\_\_\_

5. При поступлении имеется/не имеется (*нужное подчеркнуть*) право преимущественного приема.

Документ, подтверждающий право преимущественного приема \_\_\_\_\_

6. Ребенок нуждается/ не нуждается (*нужное подчеркнуть*) в обучении по адаптированной образовательной программе.

Документ, подтверждающий потребность в обучении по адаптированной образовательной программе \_\_\_\_\_

7. Выражаю согласие на обучение моего сына/дочери по адаптированной образовательной программе

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
подпись

8. прошу создать специальные условия для организации обучения и воспитания ребенка с ОВЗ/ребенка- инвалида/ инвалида *(нужное подчеркнуть)* в соответствии с:   
\_\_\_ заключением рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии   
\_\_\_ индивидуальной программой реабилитации

9. Прошу организовать для моего ребенка изучение родного языка \_\_\_\_\_   
на основании статьи 14 Федерального закона от 29.12.2012 г № 273-ФЗ « Об образовании в Российской Федерации»

10. Заверяю факт своего ознакомления с Уставом МОБУ СОШ № 9 имени полного кавалера Ордена Славы В. И. Аманова, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации школы, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся.

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
подпись

12. Согласен(а) на обработку своих персональных данных и персональных данных моего ребенка в соответствии с Федеральным Законом РФ от 27.07.2006 года № 152 – ФЗ «О персональных данных».

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
подпись

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_   
подпись родителя/законного представителя

\_\_\_\_\_   
расшифровка