

Регистрационный № \_\_\_\_\_  
от \_\_\_\_\_

Директору  
МОУ СОШ им. И.С. Кошелева  
с. Лермонтово Белинского района  
Пензенской области Сорокиной В.Н.

фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)

документ, удостоверяющий личность (паспорт):

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_

место выдачи \_\_\_\_\_

адрес регистрации: \_\_\_\_\_

телефон: дом \_\_\_\_\_ моб. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка \_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество РЕБЕНКА \_\_\_\_\_

пол: женский/мужской  
(ненужное вычеркнуть)

Дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_,

адрес по месту регистрации ребенка: \_\_\_\_\_;

фактическое место жительства ребенка: \_\_\_\_\_;

в \_\_\_\_\_ класс МОУ СОШ им. И.С. Кошелева с. Лермонтово Белинского района Пензенской области

Сведения о родителях:

Мать: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Контактный телефон \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Отец: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Контактный телефон \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Законный представитель: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Контактный телефон \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

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

имеется/не имеется

указать основание

Потребности ребенка или поступающего в обучение 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

На основании статьи 14 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» прошу на период обучения в МОУ СОШ им. И.С. Кошелева с. Лермонтово Белинского района Пензенской области организовать для моего ребёнка изучение учебных предметов:

на родном \_\_\_\_\_ языке

*в случае получения образования на родном языке из числа языков народов РФ или на иностранном языке.*

С Уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, основными образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса, правилами приема в данное ОУ ознакомлен(а).

Даю свое согласие оператору (МОУ СОШ им. И.С. Кошелева с. Лермонтово Белинского района Пензенской области, по адресу: 440080, Пензенская область, Белинский район, с. Лермонтово, ул. Центральная, д.№ 9) на обработку и использование моих персональных данных и данных моего ребенка, согласно ст. 9 ФЗ 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Закон), в целях, определенных Уставом оператора, различными способами, в том числе путем осуществления автоматизированного анализа персональных данных, до окончания обучения моего ребенка в данном образовательном учреждении.

К заявлению прилагаю следующие документы:

- документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя), копия паспорта;
- свидетельство о рождении ребенка (копия);
- свидетельство о регистрации ребенка по месту жительства;
- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования на ребенка и родителя (законного представителя) (копия);
- фото ребенка 3x4;
- иные документы

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

расшифровка подписи