

Директору  
МАОУ «СОШ № 29 им. А. И. Михеля»  
Л.Ф. Никитиной

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о зачислении в муниципальную образовательную организацию,  
реализующую программы общего образования

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заявителя)

Реквизиты документа, удостоверяющие личность заявителя (представителя  
заявителя): \_\_\_\_\_

(наименование)

Серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи,  
выдан: \_\_\_\_\_

В лице: \_\_\_\_\_  
действующего на основании: \_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий полномочия представителя заявителя)

Телефон (факс) заявителя \_\_\_\_\_  
(при наличии)

Телефон представителя заявителя \_\_\_\_\_  
(при наличии)

Место жительства (регистрации) заявителя \_\_\_\_\_

Почтовый адрес и (или) адрес электронной почты заявителя, по которому должен быть направлен результат  
предоставления муниципальной услуги \_\_\_\_\_

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)

(свидетельство о рождении ребенка (№, серия, дата выдачи, кем выдан, номер актовой записи)

(адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка)

в \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_ учебного года

**Сведения о втором родителе:**

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного) представителя ребенка)

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации)

\_\_\_\_\_  
(адрес проживания)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(электронная почта)

Сведения о праве внеочередного или первоочередного приема на обучение в общеобразовательные  
организации: \_\_\_\_\_  
(в случае подачи заявления о зачислении в 1 класс; при наличии указывается категория)

Сведения о праве преимущественного приема на обучение в образовательные  
организации \_\_\_\_\_  
(в случае подачи заявления о зачислении в 1 класс; при наличии указывается категория)

Сведения о потребности ребенка или поступающего 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:\_\_\_\_\_

(в случае наличия указывается вид адаптированной программы)

Согласие родителя (ей) (законного(ых) представителя(ей) ребенка на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе\_\_\_\_

(в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)  
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)\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Подпись,расшифровка- ФИО)

\_\_\_\_\_  
(Подпись,расшифровка- ФИО)

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Подпись,расшифровка- ФИО)

\_\_\_\_\_  
(Подпись,расшифровка- ФИО)

Результат муниципальной услуги прошу предоставить (напротив необходимого пункта поставить значок V):

- ☐ – в виде бумажного документа посредством почтового отправления;
- ☐ – в виде бумажного документа при личном обращении;
- ☐ – в виде электронного документа посредством Портала госуслуг;
- ☐ – в виде электронного документа посредством электронной почты.

Подтверждаю свое согласие, а также согласие представляемого мной лица, на обработку персональных данных (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, а также иные действия, необходимые для обработки персональных данных в рамках предоставления муниципальной услуги), в том числе в автоматизированном режиме, включая принятие решений на их основе, в целях предоставления муниципальной услуги \_\_\_\_\_.

Достоверность и полноту представленных сведений подтверждаю.

Документы прилагаются\*

\* При отправке по почте заявление и пакет документов направляются в адрес муниципальной образовательной организации города Энгельса Саратовской области заказным письмом с уведомлением о вручении. Направляемые по почте копии подлежат нотариальному свидетельствованию либо свидетельствованию органом, выдавшим документ.

\_\_\_\_\_  
(Подпись,расшифровка- ФИО )

\_\_\_\_\_  
(Подпись,расшифровка- ФИО)

«\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_г.

