

«__» _____ 2025 _____
(подпись)

Директору МБОУ «Новолядинская СОШ»
Т.В. Поповой

Ивановой Елены Ивановны

(Ф.И.О.заявителя)

Тамбовская область, Тамбовский район, р.п.Новая

Ляда ул. Советская д.19

(адрес регистрации заявителя)

8 (953)723-93-49; rcschool@yandex.ru

(телефон заявителя, email)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить на обучение в 1 класс _____
(указать профиль (при наличии))

Иванову Юлию Александровну

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка или поступающего)

01.05.2018 года рождения _____,

(дата рождения ребенка или поступающего)

Тамбовская область, Тамбовский район рп. Новая Ляда ул. Советская д.19,

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

Тамбовская область, Тамбовский район, р.п. Новая Ляда ул. Советская д.19.

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)

Дополнительные сведения

Имею преимущественное право*: да/нет

(нужное подчеркнуть)

Имею внеочередное или первоочередное право на зачисление в Организацию*: да/нет

(нужное подчеркнуть) Если «Да» – указать основания права приема

Если «Да» – указать фамилию, имя, отчество (при наличии) брата и (или) сестры (полнородных и неполнородных, усыновленных (удочеренных), дети, опекунами (попечителями) которых являются родители (законные представители) этого ребенка, или дети, родителями (законными представителями) которых являются опекуны (попечители) этого ребенка), обучающихся в Организации.

Потребность в обучении по адаптированной образовательной программе в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии) **: да/нет.

(нужное подчеркнуть)

Потребность 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 **: да/нет

(нужное подчеркнуть)

На обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе) *** **согласен/не согласен.**

(нужное подчеркнуть)

На обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, по адаптированной образовательной программе) **согласен/не согласен.**

(нужное подчеркнуть)

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) **русский**.

Государственный язык республики Российской Федерации (в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республики Российской Федерации) _____.

С уставом Организации, лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся **ознакомлен / не ознакомлен**.

(нужное подчеркнуть)

На обработку своих персональных данных и моего ребенка, данных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации *** **согласен/не согласен**.

(нужное подчеркнуть)

Согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

подпись заявителя

ФИО (при наличии) заявителя

Уведомление о приеме на обучение (отказе в приеме на обучение) обучающегося в Организацию прошу выдать следующим способом:

(выбрать один из способов получения результата знаком «V»)

V	Выдать в Организации
	Направить почтовым отправлением по адресу
	Направить в личный кабинет на Едином портале

«__» _____ 20__ г.
дата подачи заявления

* Заполняется только при зачислении ребенка в первый класс.

** Заполняется только при наличии заключения психолого-медико-педагогической комиссии или при наличии индивидуальной программы реабилитации.

*** Заполняется родителем(ями) (законным(ыми) представителем(ями) ребенка или поступающим, достигшим возраста восемнадцати лет.