

Директору МОУ «СОШ № 41» Е.А. Гнатенко

от \_\_\_\_\_  
ФИО, адрес регистрации родителей  
\_\_\_\_\_  
(законных представителей)

Адрес места проживания ребенка: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу Вас принять моего(мою) сына (дочь) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ в 1 класс (20\_\_ - 20\_\_ учебного года)

Язык образования \_\_\_\_\_, родной язык \_\_\_\_\_

#### Сведения об обучающемся:

1. Дата рождения \_\_\_\_\_
2. Место рождения \_\_\_\_\_
3. Свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_
4. Гражданство \_\_\_\_\_
5. Какое дошкольное обучение получал(а): \_\_\_\_\_
6. Нуждается в помощи таких специалистов как: логопед, психолог (нужное подчеркнуть)
7. Состояние здоровья \_\_\_\_\_
8. СНИЛС (ребенка) \_\_\_\_\_

#### Сведения о родителях:

**Мать** \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Образование \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ должность \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**Отец** \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Образование \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_ должность \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Ребенок имеет право внеочередного, первоочередного или преимущественного приема (да/нет):

- в школе обучаются его полнородные и неполнородные брат и (или) сестра;
- относится к детям военнослужащих;
- относится к детям сотрудников правоохранительных органов: действующих сотрудников полиции; граждан, погибших или получивших тяжелые травмы при выполнении служебных обязанностей; ушедших со службы из-за заболевания или травмы, полученной в период прохождения службы; умерших в течение года после увольнения в следствие увечья, полученного при прохождении службы;
- относится к детям сотрудников уголовно-исполнительной системы;
- относится к детям сотрудников противопожарной службы;
- относится к детям других категорий граждан, имеющих преимущественное, внеочередное или первоочередное право приема.

Имеется ли потребность ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ОВЗ в соответствии с заключением ПМПК или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (да/нет).

Даю согласие на обучение ребенка по АОП \_\_\_\_\_ (да/нет).

*С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими локальными актами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, ознакомлен(а).*

\_\_\_\_\_  
(личная подпись заявителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)