

Решение руководителя

Директору

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. директора)

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\* \_\_\_\_\_

(вид документа)

\*серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем и когда выдан

Заявление

Прошу зачислить в \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

ребенка \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (последнее – при наличии) ребенка)

1. Дата рождения ребенка или поступающего: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

2. Место рождения ребенка: \_\_\_\_\_

\*3. Свидетельство о рождении ребенка (паспорт - по достижении 14-летнего возраста):  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

4. Адрес места жительства (регистрации) ребенка или поступающего: \_\_\_\_\_

5. Адрес места пребывания ребенка или поступающего: \_\_\_\_\_

6. Ф.И.О. (последнее – при наличии) родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)) ребенка \_\_\_\_\_

7. Адрес места жительства (регистрации) родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)) ребенка \_\_\_\_\_

8. Адрес места пребывания родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)) ребенка \_\_\_\_\_

9. Адрес(а) электронной почты, номер(а) телефона(ов) (при наличии) родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)) ребенка или поступающего \_\_\_\_\_

---

10. Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема

---

11. Наличие 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

---

\*К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

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

---