|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рег. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. | Директору МАОУ СОШ № 12 города Белово |  |
| А.Н.Бурлакову |  |
|  |  |
|  Приказ о зачислении | от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | *(ФИО поступающего)* |  |
|  |  |
|  | адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕ

Прошу зачислить в \_\_\_ класс (профиль - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

муниципального автономного общеобразовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа № 12 города Белово» меня:

*(указать полностью фамилию, имя, отчество (при наличии) поступающего)*

Дата рождения поступающего: "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года.

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания поступающего

Адрес (а) электронной почты, номер (а) телефона (ов) (при наличии) поступающего

**Информация о родителях (законных представителях):**

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (ей) (законного (ых) представителя (ей) поступающего
2. Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя (ей) (законного (ых) представителя (ей) поступающего
3. Адрес (а) электронной почты, номер (а) телефона (ов) (при наличии) родителя (ей) (законного (ых) представителя(ей) поступающего

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема

Потребность 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

Согласие родителя (ей) (законного (ых) представителя (ей) ребенка на обучение по адаптированной

образовательной программе

Согласие поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, на обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной программе)

Язык образования

Родной язык

Заявитель с Уставом, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а):

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(дата подачи заявления) (личная подпись заявителя) (ФИО заявителя)*

Заявитель согласен на обработку его персональных данных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(дата подачи заявления)* *(личная подпись заявителя)* *(ФИО заявителя)*