

Время подачи заявления \_\_\_\_\_

Директору МБОУ "СОШ № 49" г. Чебоксары

\_\_\_\_\_  
(ФИО директора)

от \_\_\_\_\_  
(ФИО родителя (законного представителя))

Адрес места жительства:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

телефон:

\_\_\_\_\_

заявление.

Прошу зачислить моего ребенка в 1 класс МБОУ "СОШ № 49" г. Чебоксары и сообщаю следующие сведения:

**1. Сведения о ребенке:**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства ребенка: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания ребенка: \_\_\_\_\_

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

**2. Сведения о родителях:**

**Мать** (законный представитель):

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания: \_\_\_\_\_

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

**Отец** (законный представитель):

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания: \_\_\_\_\_

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

**Опекун/попечитель** (законный представитель):

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания: \_\_\_\_\_

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

**Сведения о наличии права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема:**

- Имеется право внеочередного приема: ☐ (при наличии в квадрате поставить отметку).
- Имеется право первоочередного приема: ☐ (при наличии в квадрате поставить отметку).
- Имеется право преимущественного приема: ☐ (при наличии в квадрате поставить отметку).

**Сведения о потребности ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания:**

- Имеется потребность в обучении по адаптированной образовательной программе 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: ☐ (при наличии потребности в квадрате поставить отметку).
- Имеется 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:  
☐ (при наличии потребности в квадрате поставить отметку).
- На обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости) согласен(сна): ☐

**Сведения о языке образования:**

- Указать язык образования ребенка (в случае необходимости получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации или на иностранном языке) \_\_\_\_\_
- Указать родной язык ребенка 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) \_\_\_\_\_
- Указать государственный язык республики Российской Федерации (в случае необходимости предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республики Российской Федерации) \_\_\_\_\_
- С уставом, лицензией 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): ☐
- На обработку персональных данных в порядке, установленном законодательством РФ, согласен(сна): ☐

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /