|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Директору | Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение Вологодского муниципального округа "Майская средняя школа имени А.К. Панкратова" |
|  | *(наименование организации)* | |
|  | Попов Сергей Николаевич | |
|  | *(Ф.И.О. директора)* | |
|  |  | |
|  | *(Ф.И.О. родителя / законного представителя)* | |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего(ю) сына (дочь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированного(ую) по адресу:160508,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в класс Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение Вологодского муниципального округа "Майская средняя школа имени А.К. Панкратова"

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Мать |  | |
|  | ФИО, адрес места жительства, адрес электронной почты, контактный телефон | |
| Отец |  | |
|  | ФИО, адрес места жительства, адрес электронной почты, контактный телефон | |
| Законный представитель | |  |
| ФИО, адрес места жительства, адрес электронной почты, контактный телефон | | |

**Наличие потребности** ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с документом учреждения здравоохранения врачебно-экспертной комиссии или врачебно-контрольной комиссии (ВЭК или ВКК)**\***:

□ Потребность отсутствует

☐ Потребность есть

**Сведения о наличии льгот:**

Наличие льготы на направление для зачисления ребенка в образовательное учреждение:

☐ Да

□ Нет

Обладатель льготы:

☐ Ребёнок

☐ Заявитель

**Сведения о льготе** (н*аличие льгот подтверждается заявителем путем предоставления соответствующих документов)*

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

Язык образования:

|  |  |
| --- | --- |
| Родной язык из числа языков |  |
| народов Российской Федерации: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Государственный язык республики |  |
| Российской Федерации: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| « » 2025 г. |  | /  Подпись заявителя родителя (законного представителя)/ Фамилия, инициалы |
|  |  |  |

С уставом, с 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(а). \_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Даю согласие на сбор, систематизацию, хранение и передачу моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, место регистрации, место проживания, серия, номер, дата и место выдачи паспорта), а также сведений, относящихся к льготной категории при предоставлении муниципальной услуги, и на сбор, систематизацию, хранение и передачу персональных данных о несовершеннолетнем ребенке (фамилия, имя, отчество, место регистрации, место пребывания, серия, номер, дата и место выдачи свидетельства о рождении), а также сведений, подтверждающих ограниченные возможности здоровья ребенка.\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

Регистрационный номер заявления

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| « » 2025 г. |  | /  Подпись заявителя родителя (законного представителя)/ Фамилия, инициалы |
|  |  |  |