

Принять  
Директор \_\_\_\_\_ И.В. Морозова

**ОБРАЗЕЦ**

Регистрационный № \_\_\_\_\_

Директору МБОУ «СОШ № 6»  
И.В. Морозовой  
от \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Приказ  
от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего (ю) сына (дочь)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания

в школу № 6 в \_\_\_\_\_ класс, прибыл(ла) из \_\_\_\_\_

МБДОУ, МБОУ

#### 1. СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ:

МАТЬ: Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания

Сотовый телефон \_\_\_\_\_

Адрес(а) электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_

ОТЕЦ: Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Адрес места жительства и (или) адрес места пребывания

Сотовый телефон \_\_\_\_\_

Адрес(а) электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_

2. Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема на обучение

\_\_\_\_\_  
(да, нет)

3. Имеется ли потребность ребенка 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

\_\_\_\_\_  
(да, нет)

Если имеется, то даю согласие на обучение по АОП \_\_\_\_\_ подпись и расшифровка

4. Поступающий с ограниченными возможностями здоровья, достигший возраста восемнадцати лет

\_\_\_\_\_  
(да, нет)

Если имеется, то даю согласие на обучение по АОП \_\_\_\_\_ подпись и расшифровка

