

**Форма заявления о зачислении в муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Янтарненская школа имени В.В. Кубракова» Красногвардейского района Республики Крым, реализующего программу общего образования в порядке перевода из другой организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования**

Директору МБОУ «Янтарненская школа имени В.В. Кубракова»

от \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя  
(законного представителя))

Адрес места жительства:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес места пребывания:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Контактный телефон

\_\_\_\_\_

Электронная почта

\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о зачислении в муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Янтарненская школа имени В.В. Кубракова» Красногвардейского района Республики Крым, реализующего программу общего образования в порядке перевода из другой организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования**

Прошу зачислить в порядке перевода из образовательной организации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

моего сына(дочь) \_\_\_\_\_

(ФИО ребенка или поступающего)

в \_\_\_\_\_ класс МБОУ «Янтарненская школа имени В.В. Кубракова».

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сведения о втором родителе (законном представителе):

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя))

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_

Наличие права внеочередного, первоочередного, преимущественного приема \_\_\_\_\_

Сведения о потребности в обучении по адаптированной образовательной программе:

*(в случае наличия указывается вид адаптированной программы в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии)*

Сведения о 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 ребенка по адаптированной образовательной программе: \_\_\_\_\_

*(в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе)*

Язык образования: \_\_\_\_\_

*(в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка)*

Родной язык 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)*

Государственный язык Республики Крым: \_\_\_\_\_

*(в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка Республики Крым)*

С уставом, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен(а).

Решение прошу направить:

- на бумажном носителе в виде распечатанного экземпляра электронного документа по почте;
- на бумажном носителе в виде распечатанного экземпляра электронного документа при личном обращении в Организацию;
- в электронном формате посредством электронной почты.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Согласен(на) на обработку моих персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_