Муниципальное бюджетное общеобразовательное

учреждение «Средняя общеобразовательная школа № 2»

 Кемского муниципального района

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

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

Ф.И.О.

родителей (законных представителей) полностью

 **заявление**

**о приеме в муниципальную общеобразовательную организацию.**

Прошу принять в муниципальную общеобразовательную организацию Кемского муниципального района – Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Средняя общеобразовательная школа № 2» Кемского муниципального района, **в** **\_\_\_ класс**  моего ребёнка

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

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

 (фамилия, имя, отчество ребёнка, дата рождения)

 (адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребёнка)

 (фамилия, имя, отчество родителей (законных представителей) ребёнка)

 (адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителей (законных представителей) ребёнка)

 (адрес электронной почты, номер телефона родителей (законных представителей) ребёнка)

 (наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приёма)

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

(потребность ребёнка 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 или инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации)

 Язык образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации учреждения, с общеобразовательными программами, реализуемыми учреждением, положением о правилах внутреннего распорядка обучающихся ознакомлен (а).

Даю согласие на обработку моихперсональных данных и персональных данных моего ребёнка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Дата: «\_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка)