Приложение №1

К Правилам приема

на обучение по образовательным

программам дошкольного образования в

МБОУ "СОШ№17" структурное подразделение,

 реализующее образовательные программы

дошкольного образования, присмотр и уход за детьми

утвержденных приказом директора

от 20.01.2023 №18а/01-01

Директору МБОУ № СОШ № 17» Светловой Т.Е.

 (ФИО) руководителя

от\_\_Ивановой Марии Ивановы\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)

Реквизиты документа, удостоверяющего

личность родителя (законного представителя):

вид документа паспорт серия 22 02 номер 123456

дата выдачи 01.12.2000 кем выдан:\_ГУ МВД по Нижегородской области\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить моего ребенка \_Иванова Ивана Ивановича, 10.01.2020 г.р.

 фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения, место рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ II-TH № 012345\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты свидетельства о рождении ребенка)

проживающего по адресу: Ниежегородская обл. Балахнинский мун. Округ р.п. Первое Мая, ул. Садовая, д.27,

в состав контингента воспитанников структурного подразделения Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Средняя общеобразовательная школа №17»

**Сведения о родителях (законных представителях) ребенка**:

**Мать**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванова Мария Иванована

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_Ivanova@mail.ru\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон (при наличии):\_\_\_+7 900-000-00-00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Отец**: \_\_\_\_\_\_\_\_Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

Адрес электронной почты (при наличии):\_\_\_ Ivanov@mail.ru \_\_\_\_

Телефон (при наличии):\_\_ +7 900-000-00-00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Законный представитель**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

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

Телефон (при наличии)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)**: вид документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о выборе языка образования:

Прошу организовать обучение моего ребенка на \_\_\_русском\_\_ языке,

 (указывается выбор языка образования)

родной язык\_\_\_\_\_\_\_русский\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указывается родной язык из числа языков народов Российской Федерации,

 в том числе русский язык как родной язык)

Сведения о потребности в обучении ребенка по адаптированной образовательной

программе дошкольного образования \_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_\_ и (или) в создании

(да / нет)

специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в

соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)

\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (да/нет)

Желаемая дата приема: с «01» августа 2023 года на обучение по

Направленность дошкольной группы \_\_\_общеразвивающая\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (общеразвивающая, компенсирующая, комбинированная, оздоровительная)

Необходимый режим пребывания ребенка: в соответствии с режимом и графиком работы образовательной организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(10,5-часовой в соответствии с режимом и графиком работы) образовательной организации

Язык образования – ***\_***русский***\_***, родной язык из числа языков народов России – ***\_***русский***\_***

Сведения о потребности в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования \_нет\_\_ и (или) в создании специальных условий

 (да нет)

для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии) \_\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_.

 (да/нет)

Информация о наличии у ребенка полнородных или неполнородных братьев и (или) сестер, обучающихся в МБОУ СОШ№17 структурном подразделении\_нет\_или при наличии Иванова Дарья Ивановна , 01.10.2008тг.р.\_

 фамилия, имя, отчество полнородных или неполнородных братьев и (или) сестер

**К заявлению прилагаю следующие копии документов**:

- копия свидетельства о рождении ребенка

- копия свидетельства о регистрации по месту жительства (пребывания)

С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательной программой, учебно-программной документацией, локальными нормативными актами и иными документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности, обучающихся МБОУ «СОШ№17», ознакомлен (а). (Ст.55ч.2 Федерального закона «Об образовании в РФ» от 29.12.2012 № 273-ФЗ)

 \_\_\_22 июля 2023\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванова\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 дата подпись расшифровка подписи

Даю согласие на использование и обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванова Ивана Ивановича, 10.01.2020 года рождения в объеме, указанном в заявлении и прилагаемых документах, в целях обеспечения соблюдения требований Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и иных нормативных правовых актов сферы образования на срок действия договора об образовании по образовательным программам дошкольного образования.

\_\_\_22 июля 2023\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иванова\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 дата подпись расшифровка подписи