МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 6 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА В. А. ГОРИШНЕГО»
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДСКОЙ ОКРУГ СИМФЕРОПОЛЬ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
ОГРН1159102028810

Проспект Победы, 176, город Симферополь, Республика Крым, Российская Федерация, 295022; тел.:272152

Исх. №_____от «_____»_____20_____г.
Вх. №_____от «_____»_____20_____г.

Директору МБОУ «СОШ № 6 им. В.А. Горишнего»г. Симферополя
И. А. Клименко
родителя (законного представителя)
Фамилия_____
Имя_____
Отчество_____
Адрес места жительства (места пребывания):
Город_____
Улица_____
Дом_____корп._____кв._____
Документ, удостоверяющий личность заявителя
_____серия_____№ _____ ,
Выдан_____
Контактный телефон
_____
Электронная почта
_____
Документ, подтверждающий статус законного представителя:
_____серия_____№ _____,
Выдан_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о зачислении в первый класс государственной либо муниципальной образовательной организации муниципального образования городской округ Симферополь Республики Крым, реализующей программу общего образования

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь)_____

_____
(фамилия, имя отчество (при наличии)

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_____

Сведения о наличии права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема на обучение в общеобразовательной организации:_____

_____

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 (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов) посредством электронной почты.

Дата: _____ Подпись_____

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

Дата: _____ Подпись_____

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 6 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА В. А. ГОРИШНЕГО»
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДСКОЙ ОКРУГ СИМФЕРОПОЛЬ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
ОГРН1159102028810

Проспект Победы, 176, город Симферополь, Республика Крым, Российская Федерация, 295022; тел.:272152

Исх. №_____от «_____»_____20_____г.
Вх. №_____от «_____»_____20_____г.

Директору МБОУ «СОШ № 6 им. В.А. Горишнего»г. Симферополя
И. А. Клименко
родителя (законного представителя)
Фамилия_____
Имя_____
Отчество_____
Адрес места жительства (места пребывания):
Город_____
Улица_____
Дом_____корп._____кв._____
Документ, удостоверяющий личность заявителя
_____серия_____№ _____ ,
Выдан_____
Контактный телефон
_____
Электронная почта
_____
Документ, подтверждающий статус законного представителя:
_____серия_____№ _____,
Выдан_____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о зачислении в 10 класс муниципальной образовательной организации муниципального образования городской округ Симферополь Республики Крым, реализующей программу среднего общего образования

Прошу принять в _____ класс
_____
_____
(фамилия, имя отчество (при наличии) ребенка или поступающего

Профиль_____
(заполняется в случае зачисления на обучение по образовательным программам среднего общего образования)

Дата рождения (ребенка или поступающего): _____
Адрес места жительства (ребенка или поступающего):
_____
_____
Адрес места пребывания (ребенка или поступающего):
_____
_____

Сведения о родителе (родителях) (законном представителе (законных представителях):

1. _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя)

Адрес места жительства:

_____

_____

Адрес места пребывания:

_____

_____

Контактный телефон_____

Электронная почта_____

2. _____

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

Адрес места жительства:

_____

_____

Адрес места пребывания:

_____

_____

Контактный телефон_____

Электронная почта_____

Сведения о наличии права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема на обучение в общеобразовательной организации:

_____

_____

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 или поступающего (достигшего возраста восемнадцати лет) на обучение ребенка или поступающего по адаптированной образовательной программе:

_____

(в случае необходимости обучения ребенка или поступающего 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 (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов) посредством электронной почты.

Дата: _____ Подпись_____

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

Дата: _____ Подпись_____

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«СРЕДНЯЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА № 6 ИМЕНИ ГЕРОЯ СОВЕТСКОГО СОЮЗА В. А. ГОРИШНЕГО»
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДСКОЙ ОКРУГ СИМФЕРОПОЛЬ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
ОГРН1159102028810

Проспект Победы, 176, город Симферополь, Республика Крым, Российская Федерация, 295022; тел.:272152

Исх. №_____от «_____»_____20_____г.
Вх. №_____от «_____»_____20_____г.

Директору МБОУ «СОШ № 6 им. В.А. Горишнего»г. Симферополя
И. А. Клименко
родителя (законного представителя)
Фамилия_____
Имя_____
Отчество_____
Адрес места жительства (места пребывания):
Город_____
Улица_____
Дом_____корп._____кв._____
Документ, удостоверяющий личность заявителя
_____серия_____№ _____ ,
Выдан_____
Контактный телефон
_____
Электронная почта
_____
Документ, подтверждающий статус законного представителя:
_____серия_____№ _____,
Выдан_____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о зачислении в муниципальную образовательную организацию муниципального образования городской округ Симферополь Республики Крым, реализующей программу общего образования в порядке перевода

Прошу принять в _____класс моего ребенка (сына, дочь)
_____
_____
_____
(фамилия, имя отчество (при наличии)
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_____

_____

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 (документ на бумажном носителе, преобразованный в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания его реквизитов) посредством электронной почты.

Дата: _____ Подпись_____

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

Дата: _____ Подпись_____