

ФИО родителя \_\_\_\_\_  
место работы \_\_\_\_\_  
адрес места жительства \_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_ /СНИЛС ребенка \_\_\_\_\_  
адрес эл. почты \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу зачислить моего ребенка \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(ФИО) (дата рождения)  
учащегося общеобразовательного учреждения \_\_\_\_\_  
с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. в \_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)  
на обучение по программе \_\_\_\_\_ Педагог \_\_\_\_\_  
(наименование программы) (ФИО)

Мой ребенок (поставить галочку в подходящий пункт, если нет, то пропустить):

- имеет установленную в законодательном порядке инвалидность ( прилагаю ИПРА)  .
- ограничение в возможностях здоровья (заключение ЦПМПк прилагаю)  .

С уставом, сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся в соответствии со ст. 55 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» ознакомился(ась).

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных и моего ребенка, на размещение фотографии или другой личной информации моего ребенка (размещение фото, видео и информации об участии в различных мероприятиях и пр.) на сайтах, социальных сетях учреждения, а также личных проф. сайтах сотрудников учреждения в качестве иллюстраций проф. деятельности, а также на стендах учреждения, буклетах, альбомах, видеоматериалах.

Даю разрешение моему ребенку самостоятельно приходить на занятия и уходить домой после окончания занятий, ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка вне учебного процесса беру на себя.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

Директору МБОУ «СОШ № 4  
с. Чечен-Аул»  
Упаевой Л.М.

ФИО родителя \_\_\_\_\_  
место работы \_\_\_\_\_  
адрес места жительства \_\_\_\_\_  
телефон \_\_\_\_\_ /СНИЛС ребенка \_\_\_\_\_  
адрес эл. почты \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу зачислить моего ребенка \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
(ФИО) (дата рождения)  
учащегося общеобразовательного учреждения \_\_\_\_\_  
с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. в \_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)  
на обучение по программе \_\_\_\_\_ Педагог \_\_\_\_\_  
(наименование программы) (ФИО)

Мой ребенок (поставить галочку в подходящий пункт, если нет, то пропустить):

- имеет установленную в законодательном порядке инвалидность ( прилагаю ИПРА)  .
- ограничение в возможностях здоровья (заключение ЦПМПк прилагаю)  .

С уставом, сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся в соответствии со ст. 55 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» ознакомился(ась).

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных и моего ребенка, на размещение фотографии или другой личной информации моего ребенка (размещение фото, видео и информации об участии в различных мероприятиях и пр.) на сайтах, социальных сетях учреждения, а также личных проф. сайтах сотрудников учреждения в качестве иллюстраций проф. деятельности, а также на стендах учреждения, буклетах, альбомах, видеоматериалах.

Даю разрешение моему ребенку самостоятельно приходить на занятия и уходить домой после окончания занятий, ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка вне учебного процесса беру на себя.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)