

Руководителю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование общеобразовательной организации)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о зачислении в 10 класс муниципальной образовательной организации муниципального образования городской округ Ялта 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: \_\_\_\_\_