

Приложение  
к постановлению администрации  
Инжавинского района  
от «01» 09.2021 г. №641

Приложение № 2  
к Административному регламенту  
предоставления услуги «Зачисление  
в муниципальные образовательные  
организации Инжавинского района,  
реализующие программы  
общего образования»

ОБРАЗЕЦ

Руководителю (директору) \_\_\_\_\_  
наименование Организации

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О (при наличии) руководителя (директора) Организации

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить в \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_  
указать профиль (при наличии)

\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка или поступающего

\_\_\_\_\_  
дата и место рождения ребенка или поступающего

\_\_\_\_\_  
адрес места жительства и (или) адрес места пребывания ребенка или поступающего

\_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя(ей) (законного(ых) представителя(ей)  
ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
адрес места жительства и (или) адрес места пребывания родителя(ей) (законного(ых)  
представителя(ей) ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Адрес(а) электронной почты, номер(а) телефона(ов) (при наличии) родителя(ей)  
(законного(ых) представителя(ей) ребенка или поступающего \_\_\_\_\_

**Дополнительные сведения**

Имею преимущественное право\*: да/нет \_\_\_\_\_  
нужное подчеркнуть. Если да - указать ФИО (при наличии)  
братьев и (или) сестер, совместно проживающих  
с ребенком и посещающих Организацию

Имею внеочередное или первоочередное право на зачисление в Организацию\*: да/нет.  
нужное подчеркнуть.  
Если да – указать основания права приема

Потребность 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 (при наличии) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации\*\*\*: да/нет.

(нужное подчеркнуть)

На обучение по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной программе) \*\*\* 33 согласен/не согласен.

(нужное подчеркнуть)

Язык образования (в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации или на иностранном языке)

---

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 Российской Федерации (в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республики Российской Федерации)

---

С лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, уставом, с образовательными программами и документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности в Организации, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен / не ознакомлен. нужное подчеркнуть На обработку своих персональных данных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации\*\*\* согласен /не согласен.

нужное подчеркнуть

---

подпись заявителя

---

ФИО (при наличии) заявителя

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

дата подачи заявления

---

\* Заполняется только при зачислении ребенка в первый класс. \*\* Заполняется только при наличии заключения психолого-медико-педагогической комиссии или при наличии индивидуальной программы реабилитации. \*\*\* Заполняется родителем(ями) (законным(ыми) представителем(ями)) ребенка или поступающим, достигшим возраста восемнадцати лет.