

Регистрационный № \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025г.

Зачислить в \_\_\_\_\_ класс

Директор МБОУ «СОШ №169»

\_\_\_\_\_ Б.К. Козырева

Директору МБОУ «СОШ №169»  
Козыревой Бэлле Калсыновне  
родителя (законного представителя),

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

зарегистрированной (ого) по адресу:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

проживающей (его) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас принять моего(ю) сына (дочь) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребенка)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

в первый класс МБОУ «СОШ № 169».

\_\_\_\_\_ (адрес места проживания ребенка)

Язык образования \_\_\_\_\_.

Информация о наличии права первоочередного или преимущественного приема \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/дата/

\_\_\_\_\_  
/личная подпись заявителя/расшифровка/

С уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательными программами и локальными актами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся МБОУ «СОШ №169», ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_  
/дата/

\_\_\_\_\_  
/личная подпись заявителя/расшифровка/

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

\_\_\_\_\_  
/дата/

\_\_\_\_\_  
/личная подпись заявителя/расшифровка/

Согласен(а) на внесение информации обо мне и о ребенке в базу данных КИАСУО («Краевая информационная автоматизированная система управления образования»), функционирующую в системе регионального образования с использованием программного обеспечения. С перечнем сведений, собираемых и используемых в КИАСУО, с целями сбора, хранения и использования персональных данных согласен(а).

\_\_\_\_\_  
/дата/

\_\_\_\_\_  
/личная подпись заявителя/расшифровка/

Информация о потребности ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающихся с ОВЗ в соответствии с заключением ПМПК (при наличии) или ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации \_\_\_\_\_.

С организацией обучения моего ребенка по АОП согласен(на) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/дата/

\_\_\_\_\_  
/личная подпись заявителя/расшифровка/

В случае принятия решения об отказе в приеме прошу проинформировать меня (выбрать способ информирования - подчеркнуть) по электронной почте, по почте на указанный адрес проживания, при личном обращении.