

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 2**  
к административному регламенту  
предоставления муниципальной услуги  
«Зачисление в муниципальные образовательные  
организации города Котовска Тамбовской области,  
реализующие программы общего образования»

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

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

\_\_\_\_\_  
дата 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 \_\_\_\_\_.

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)  
\_\_\_\_\_

**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 в  
соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (при  
наличии) \*\*: да/нет.

(нужное подчеркнуть)

Потребность 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) \*\*\* 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 уставом Организации, со 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 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.