

Приложение 1  
Директору  
МОУ «Останинская СОШ»  
Подкорытовой О.Ю.

Заявитель: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. заявителя)

№ \_\_\_\_\_  
Выдан \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
документ, удостоверяющий личность заявителя

\_\_\_\_\_ проживающий (ая) по адресу

\_\_\_\_\_ контактный телефон

\_\_\_\_\_ адрес электронной почты

**ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_\_\_\_**

Прошу зачислить моего сына (дочь)

\_\_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_ Дата рождения

\_\_\_\_\_ Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания ребенка)

\_\_\_\_\_ Свидетельство о рождении: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата выдачи)

\_\_\_\_\_ Документ, подтверждающий установление опеки (при наличии):

\_\_\_\_\_ Льгота на внеочередной (первоочередной) или преимущественный прием в образовательную организацию:

\_\_\_\_\_ Желаемая дата зачисления: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Направленность группы: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Режим пребывания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с ИПР (при наличии):

\_\_\_\_\_ Желаемый язык обучения в группе: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. (при наличии) родителя (законного представителя), не являющегося заявителем:

\_\_\_\_\_ Контактный телефон: \_\_\_\_\_

С уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с распоряжительным актом о закреплении ОО за конкретной территорией муниципального района, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся МОУ «Останинская СОШ» ознакомлен (а).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись заявителя, Фамилия И.О.

### Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО заявителя)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_,  
(адрес проживания)

\_\_\_\_\_

(вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, дата выдачи) с целью оказания государственных и муниципальных услуг в сфере образования в электронном виде даю согласие на обработку персональных данных:

\_\_\_\_\_

(ФИО, дата рождения ребенка, адрес регистрации ребенка, СНИЛС ребенка)

\_\_\_\_\_

(ФИО заявителя, вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, дата выдачи, СНИЛС заявителя)

\_\_\_\_\_

в документальной и электронной формах, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, распространения (в том числе передачи), обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, автоматизированным и неавтоматизированным способом операторам: МОУ «Останинская СОШ», с. Останино, л. Зеленая, 20

\_\_\_\_\_

Настоящее согласие действительно в течение срока оказания государственных и муниципальных услуг в сфере образования в электронном виде. Настоящее согласие может быть отозвано мной только путем доставки отзыва в письменной форме по адресу оператора.

В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных и приостановления оказания государственных и муниципальных услуг в сфере образования в электронном виде.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись заявителя Фамилия И.О.

**Журнал регистрации заявлений по приему граждан  
на образовательные программы дошкольного образования**

Регистрационный №	Дата поступления заявления	ФИО заявителя	ФИО ребенка	Перечень документов, прилагаемых к заявлению	Подпись заявителя	Подпись специалиста, принявшего заявление

**РАСПИСКА**  
**о получении документов от родителей (законных представителей)**  
**при поступлении**

ребёнка \_\_\_\_\_  
ФИО ребенка дата рождения

в МОУ «Останинская СОШ»

- Заявление о приеме ребёнка в ДОО № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_
- Направление Управления образования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.
- Копия свидетельства о рождении ребенка или документ подтверждающий родство заявителя.
- Копия паспорта родителя (законного представителя)
- Медицинская карта ребенка.
- Копия свидетельства о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания на закрепленной территории или документ, содержащий сведения о регистрации ребенка по месту жительства или пребывания.
- Копия документа, подтверждающего установление опеки (при необходимости).
- Копия документа, подтверждающего право заявителя на пребывание в Российской Федерации (для иностранных граждан).
- Рекомендация психолого-педагогической комиссии (для детей с ограниченными возможностями здоровья).
- Согласие родителей (законных представителей) на обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования (для детей с ограниченными возможностями здоровья).
- Согласие на обработку персональных данных.

\_\_\_\_\_

должность

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

расшифровка подписи

**РАСПИСКА**  
**о получении документов от родителей (законных представителей)**  
**при поступлении**

ребёнка \_\_\_\_\_  
ФИО ребенка дата рождения

в МОУ «Останинская СОШ»

- Заявление о приеме ребёнка в ДОО № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_
- Направление Управления образования № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.
- Копия свидетельства о рождении ребенка или документ подтверждающий родство заявителя.
- Копия паспорта родителя (законного представителя)
- Медицинская карта ребенка.
- Копия свидетельства о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания на закрепленной территории или документ, содержащий сведения о регистрации ребенка по месту жительства или пребывания.
- Копия документа, подтверждающего установление опеки (при необходимости).
- Копия документа, подтверждающего право заявителя на пребывание в Российской Федерации (для иностранных граждан).
- Рекомендация психолого-педагогической комиссии (для детей с ограниченными возможностями здоровья).

- Согласие родителей (законных представителей) на обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования (для детей с ограниченными возможностями здоровья).
- Согласие на обработку персональных данных.

---

должность

подпись

расшифровка подписи