

Муниципальное образовательное учреждение  
средняя общеобразовательная школа  
«Образовательный комплекс имени П.Ф.Дерунова»  
ул. Моторостроителей, д. 27, г. Рыбинск, Ярославская  
область тел.: (84855) 24-51-81  
ОГРН 1027601111966  
ИНН/КПП 7610051898/761001001

Директору МОУ СОШ «Образовательный комплекс  
имени П.Ф.Дерунова»  
Демидовой Ю.В.

Вх. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2025г.

\_\_\_\_\_  
Фамилия, Имя, Отчество (последнее—при наличии) родителя  
(законного представителя) ребенка

### **ЗАЯВЛЕНИЕ о приеме на обучение в Учреждение**

Прошу принять

\_\_\_\_\_  
Фамилия, Имя, Отчество (последнее - при наличии) ребенка  
в \_\_\_\_\_ класс.

Дата рождения ребенка (число, месяц, год рождения) \_\_\_\_\_.

Адрес места жительства и(или) места пребывания ребенка \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Родители (законные представители) ребенка:**

Мать (законный представитель):

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (последнее при наличии)  
Адрес места жительства и(или) места пребывания матери (законного представителя):  
\_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_  
Номер телефона \_\_\_\_\_

Отец (законный представитель) ребенка:

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (последнее при наличии)  
Адрес места жительства и (или) места пребывания отца (законного представителя):  
\_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_  
Номер телефона \_\_\_\_\_.

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема (указать)  
\_\_\_\_\_.

Потребность ребенка 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 (указать)  
\_\_\_\_\_.

Согласие родителя (ей) (законного (ых) представителя (ей) ребенка на обучение по адаптированной образовательной программе (указать в случае необходимости обучения ребенка \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адаптированной \_\_\_\_\_ образовательной программе) \_\_\_\_\_.

Прошу обеспечить обучение моего сына/дочери на \_\_\_\_\_ языке.

С Уставом общеобразовательной организации, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации общеобразовательной организации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся, ознакомлен\_\_.

В соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку, сбор, включая систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, использование, передачу в государственные, муниципальные органы, лечебно-профилактические учреждения города Рыбинска Ярославской области и Ярославской области, обезличивание, блокирование, уничтожение своих персональных данных (фамилия, имя, отчество, год, дата рождения, адрес местожительства, телефон, место работы, номер паспорта, номер страхового свидетельства и т.д.) и персональных данных ребенка. Согласие действует до даты подачи мною заявления об отзыве настоящего согласия.

Я даю (не даю) согласие для прохождения тестирования, в соответствии с приказом Министерства просвещения РФ от 04 марта 2025 года №170 «Об утверждении Порядка проведения в государственной или муниципальной общеобразовательной организации тестирования на знание русского языка, достаточное для освоения образовательных программ начального общего, основного общего и среднего общего образования, иностранных граждан и лиц без гражданства» моим ребенком \_\_\_\_\_

подпись родителя

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
подпись / расшифровка подписи