|  |  |
| --- | --- |
| Рег. №\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Зачислить в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ классс «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_С.С.Торопова | Директору КГБОУ «Заринская общеобразовательная школа-интернат»С.С.Тороповой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО заявителя |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить в \_\_\_\_\_\_ класс КГБОУ «Заринская общеобразовательная школа-интернат» моего ребёнка (меня)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребёнка/поступающего

на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе для обучающихся с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 вид и вариант программы

Дата рождения ребенка/поступающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес места жительства ребенка/поступающего (населённый пункт, улица, дом, квартира) |  |
| Адрес места пребывания ребенка/поступающего (при несовпадении с местом жительства) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя) |  |  |
| Адрес места жительства(населённый пункт, улица, дом, квартира) |  |  |
| Адрес места пребывания (при несовпадении с местом жительства) |  |  |
| Контактный телефон родителя (законного представителя) |  |  |
| Адрес электронной почты (при наличии) родителя (законного представителя) |  |  |

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приёма

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

имеется/не имеется, указать вид права

Наличие потребности ребёнка/поступающего в обучении по адаптированной основной общеобразовательной 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 или

инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (при наличии)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

имеется/не имеется, указать вид потребности

Даю своё согласие на обучение ребёнка/поступающего по адаптированной основной общеобразовательной программе образования обучающихся с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

вид и вариант программы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка дата

Язык образования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С уставом КГБОУ «Заринская общеобразовательная школа-интернат», лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, адаптированными основными общеобразовательными программами, правилами внутреннего распорядка учащихся, другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности ознакомлен(а)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка дата

**СОГЛАСИЕ**

на обработку персональных данных

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фактический адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование документа, серия, номер, дата выдачи, кем выдан

в целях зачисления в КГБОУ «Заринская общеобразовательная школа-интернат» (далее – учреждение) в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152 «О персональных данных» даю согласие учреждению на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными (сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ, за исключением распространения), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных и моего ребёнка:

фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);

число, месяц и год рождения;

вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, и дата выдачи;

адрес регистрации, фактический адрес проживания;

номер контактного телефона;

адрес электронной почты;

реквизиты свидетельства о рождении ребёнка.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме. Отзыв настоящего согласия может быть осуществлён мною в письменной форме в любое время по моему усмотрению.

Субъект персональных данных:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка дата