

Приложение № 7  
к Административному регламенту  
предоставления на территории городского  
округа – город Тамбов муниципальной  
услуги «Зачисление в муниципальную  
общеобразовательную организацию»

Директору

\_\_\_\_\_

наименование общеобразовательной организации

\_\_\_\_\_

Ф.И.О (при наличии) руководителя (директора)  
общеобразовательной 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

\_\_\_\_\_

Адреса 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)  
полнородных и неполнородных брата и (или) сестры, обучающихся в  
общеобразовательной организации.

Имею внеочередное или первоочередное право на зачисление в  
общеобразовательную 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 общеобразовательной 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.

Прошу уведомить о принятом решении письменно, устно, по телефону

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.