

Директору  
муниципального автономного  
общеобразовательного учреждения  
«Средняя школа №149»  
Шмаланду Александру Августовичу

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. родителя (законного представителя))*

\_\_\_\_\_  
*(адрес места жительства (или) адрес места пребывания)*

\_\_\_\_\_  
*(телефон и адрес эл. почты)*

## Заявление о приеме в МАОУ СШ №149

Прошу принять моего ребенка

\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество ребенка)*

\_\_\_\_\_  
*(дата и место рождения ребенка)*

\_\_\_\_\_  
*(адрес места жительства (или) адрес места пребывания)*

в \_\_\_\_\_-й класс МАОУСШ №149 г. Красноярск.

Право внеочередного, первоочередного или преимущественного приема (в случае наличия такого права указать):  
**нет**

Имеется ли потребность ребенка в обучении по адаптированной образовательной программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитании 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 (в случае наличия указать): основная общеобразовательная программа начального общего образования, основного общего образования, среднего общего образования.

Выражаю согласие на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения ребенка по адаптированной образовательной программе):

\_\_\_\_\_  
*(подпись заявителя).*

Язык образования: **Русский**

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):

Сведения о родителях:

Мать

\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество)*

Отец

\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество)*

Контактный телефон родителей ребенка:

Мать \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

С Уставом МАОУ СШ №149, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающегося, ознакомлен  
\_\_\_\_\_  
*(подпись заявителя)*

Согласен на обработку своих персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации \_\_\_\_\_  
*(подпись заявителя)*

Предоставляю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

документ удостоверяющий личность (паспорт)

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(кем и когда)

тел.: \_\_\_\_\_, адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

являюсь родителем, законным представителем несовершеннолетнего

(ФИО) \_\_\_\_\_

на основании \_\_\_\_\_

Настоящим даю свое согласие на обработку в соответствии с Семейным кодексом РФ, Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом «Об опеке и попечительстве» от 24.04.2008 № 48-ФЗ в муниципальное автономное общеобразовательное учреждение «Средняя школа №149» (МАОУ СШ №149), адрес: 660077 г. Красноярск, ул. Весны, 9а, тел. 228-03-99, 255-39-60, ИНН 2465041660 КПП 246501001, ОГРН 1022402478020

персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), следующих персональных данных:

- данные свидетельства о рождении/данные документа, удостоверяющего личность: ФИО; пол; дата рождения; серия, номер документа, удостоверяющего личность; гражданство.
- медицинские сведения: данные медицинской карты; сведения о состоянии здоровья;
- СНИЛС;
- адрес проживания/пребывания ребенка;
- номер телефона и адрес электронной почты;
- достижения ребенка;
- фото- и видеоизображение;
- издания приказов о зачислении/отчислении ребенка
- ведения электронного журнала
- размещение информации на сайте, стендах МАОУ СШ №149 (достижения, сканированные копии наградных материалов, фото-видео участия в мероприятиях, творческие работы)

Я даю согласие на использование персональных данных моего ребенка исключительно в следующих целях:

- обеспечения защиты конституционных прав и свобод моего ребенка;
- обеспечения соблюдения нормативных правовых актов Российской Федерации;
- обеспечения безопасности воспитанников в период нахождения на территории образовательной организации;
- обеспечения организации образовательного процесса для ребенка,
- обеспечения организации внеучебной деятельности, экскурсий, олимпиад, спортивных соревнований, и иных знаковых мероприятий

Даю право МАОУ СШ №149 осуществлять следующие действия:

- сбор, систематизацию, накопление и хранение, обновление и уничтожение персональных данных учащегося.

Настоящее согласие дано лично мною и действует до момента утраты правовых отношений. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес МАОУ СШ №149 по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен под расписку представителю МАОУ СШ №149.

Я подтверждаю, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого я являюсь.

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

**Информация об учащемся для обработки данных в программе  
КИАСУО МАОУ СШ №149**

**(заполняется родителями с двух сторон)**

ФИО ребенка \_\_\_\_\_ пол \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Гражданство ребенка \_\_\_\_\_

Документ (паспорт или свидетельство о рождении ребенка) \_\_\_\_\_

Полис медицинского страхования (дата выдачи, номер полиса, название компании мед. страхования) \_\_\_\_\_

СНИЛС ребенка \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания (город, улица, дом, квартира) \_\_\_\_\_

Изучает \_\_\_\_\_ язык. (англ., франц., нем., или др.)

Прибывшего из (указать город, образов. учреждение, класс) \_\_\_\_\_

Внеклассная деятельность (вид занятий, учреждение где занимается) \_\_\_\_\_

**«Родители» (отец/мать) («Опекун»)(законные представители):**

**мать**

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

*ДАТА РОЖДЕНИЯ (число, месяц, год)*

*МЕСТО РОЖДЕНИЯ*

*ОБРАЗОВАНИЕ*

*МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ*

**телефон** \_\_\_\_\_ **Гражданство** \_\_\_\_\_ **СНИЛС** \_\_\_\_\_

**отец**

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

*ДАТА РОЖДЕНИЯ (число, месяц, год)*

*МЕСТО РОЖДЕНИЯ*

*ОБРАЗОВАНИЕ*

*МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ*

**телефон** \_\_\_\_\_ **Гражданство** \_\_\_\_\_ **СНИЛС** \_\_\_\_\_

**опекун**

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

*ДАТА РОЖДЕНИЯ (число, месяц, год)*

*МЕСТО РОЖДЕНИЯ*

*ОБРАЗОВАНИЕ*

*МЕСТО РАБОТЫ, ДОЛЖНОСТЬ*

**телефон** \_\_\_\_\_ **Гражданство** \_\_\_\_\_ **СНИЛС** \_\_\_\_\_

**«Семья»** (нужное подчеркнуть):

- доход (выше прожиточного минимума, прожиточный минимум, ниже прожиточного минимума);
- особенности (полная, нет отца/матери, отец/мать инвалид, беженцы, переселенцы);
- количество детей, всего \_\_\_\_\_ несовершеннолетних \_\_\_\_\_
- семья состоит на учете в органах внутренних дел (да/нет);

**МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ**

<b>Рост</b> _____	<b>Вес</b> _____				
<b>Зрение</b>	левый _____	правый _____	или	нормальное	
<b>Группа здоровья</b>	первая	вторая	третья	четвертая	(нужное подчеркнуть)
<b>Группа по физкультуре</b>	основная		подготовительная	специальная	(нужное подчеркнуть)
<b>Слух</b>	нормальный		пониженный		(нужное подчеркнуть)
<b>Дефекты речи</b>	есть		нет		(нужное подчеркнуть)
<b>Осанка (отклонение)</b>	есть		нет	сколиоз	(нужное подчеркнуть)
<b>Хронические заболевания</b>	нет		да (если да, то какие)	_____	

**Особенности развития**

Инвалидность (если есть, то указать группу и какое заболевание)	
Состояние здоровья (инвалид или обучается на дому или инвалид и обучается на дому)	
На каком учете состоит ребенок	