Директору МБОУ СОШ № 2 им. В.Н. Михайлова

Э.В. Киндт

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*указать Ф.И.О. (последнее при наличии)*

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

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

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

*указать реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя,*

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

 *указать почтовый адрес электронной почты, контактный телефон*

**Запрос о переводе воспитанника, завершающего обучение по программе дошкольного образования на обучение по образовательной программе начального общего образования в рамках образовательной организации, реализующей основные образовательные программы**

Прошу перевести моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и, проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являющегося воспитанником дошкольной группы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
*(наименование дошкольной группы)* МБОУ СОШ № 2 им. В.Н. Михайлова в связи с завершением обучения по общеобразовательной программе дошкольного образования на обучение по образовательной программе начального общего образования и зачислить его в 1 класс на 2025/2026 учебный год в МБОУ СОШ № 2 им. В.Н. Михайлова.

* даю согласие на обучение ребенка по адаптированной общеобразовательной программе (при наличии заключения психолого-медико-педагогической комиссии) \*
* отметить при потребности ребенка или поступающего 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 (при условии реализации таких программ обучения в общеобразовательной организации) \*
* отметить в случае выбора языка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* (указать язык) образования (в случае получения образования на родном языке из числа языков народов Российской Федерации или на иностранном языке, при условии реализации программы обучения на выбранном языке в общеобразовательной организации) \*
* отметить в случае выбора родного языка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\* (указать 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, при условии реализации программ обучения на родном языке в общеобразовательной организации) \*
* отметить в случае выбора государственного языка республики Российской Федерации (в случае предоставления общеобразовательной организацией возможности изучения государственного языка республики Российской Федерации) \*
* с уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности,
со свидетельством о государственной аккредитации, с общеобразовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию
и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен-(а)\*
* уведомлен-(а), что в случае, если для предоставления услуги необходима обработка персональных данных лица, не являющегося заявителем я даю свое согласие на обработку таких персональных данных *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО ребенка (род.падеж)*.

Данное согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявитель (представитель Заявителя) |  | Подпись |  | Расшифровка |

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025г.