МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

**«ЦЕНТР ОБРАЗОВАНИЯ СЕЛА УЭЛЬКАЛЬ**

**ИМЕНИ ПЕРВОЙ КРАСНОЗНАМЁННОЙ ПЕРЕГОНОЧНОЙ АВИАДИВИЗИИ»**

улица Вальгиргина, 1, село Уэлькаль, Иультинский район, Чукотский автономный округ,

689210, телефон (факс) 8(42734)53-3-33, e-mail:schooluelkal@mail.ru

ИНН 8704000509, КПП 870401001, ОГРН 1028700589048

**ПРИКАЗ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 25.09.2020 | № 01-05/171-од  | с. Уэлькаль |

**Об утверждении формы заявления родителей (законных представителей) о согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья по адаптированной образовательной программе**

В соответствии с Приказом Министрества Просвещения Российской Федерации от 02.09.2020 № 458 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму заявления родителей (законных представителей) о согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья по адаптированной образовательной программе (приложение 1).
2. Разместить данный приказ на информационном стенде и официальном сайте образовательной организации.
3. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. директора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.Н. Сухочева

Приложение 1

к приказу от 25.09.2020 № 01-05/171-од

Директору муниципального бюджетного

общеобразовательного учреждения

«Центр образования села Уэлькаль имени первой

Краснознамённой перегоночной авиадивизии»

Козловской Н.В.

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

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

 (фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

проживающей (-щего) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Сведения о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья по адаптированной образовательной программе

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ общего образования для обучающихся

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (Ф.И.О. родителя (законного представителя) ребенка с ограниченными возможностями здоровья)

Являющ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (матерью/отцом/законным представителем) (Ф .И.О. ребенка)

Руководствуясь ч.3 ст.55 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г. № \_\_\_, заявляю о согласии на обучение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф .И.О. ребенка)

по адаптированной основной образовательной программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (уровень образования)

общего образования для обучающихся с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в МБОУ «ЦО с. Уэлькаль».

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата подачи заявления) (подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года