

Рег. № \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Директору КГБОУ «Барнаульская  
общеобразовательная школа-интернат № 5»

Л.П. Конюшенко

Зачислить в \_\_\_\_\_ класс

с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Директор КГБОУ «Барнаульская  
общеобразовательная школа –  
интернат № 5»

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. (последнее – при наличии) заявителя)

\_\_\_\_\_/ Л.П. Конюшенко

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить в \_\_\_\_\_ класс КГБОУ «Барнаульская общеобразовательная школа – интернат № 5» моего ребенка (меня)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка (последнее - при наличии))

на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе начального общего образования обучающихся с расстройством аутистического спектра (вариант \_\_\_\_\_)

Дата рождения ребенка (поступающего) \_\_\_\_\_

Место рождения ребенка (поступающего) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства и (или) адрес место пребывания ребенка (поступающего):

место проживания ребенка

место регистрации ребенка

(фактическое):

(если не совпадает с адресом проживания):

Город \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Мать: Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Отец: Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Иной законный представитель ребенка: Ф.И.О. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства и (или) адрес место пребывания его родителей (законных представителей):

место проживания

место регистрации

(фактическое):

(если не совпадает с адресом проживания):

Город \_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Наличие права внеочередного, первоочередного или преимущественного приема: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Потребность ребенка или поступающего в обучении по адаптированной основной общеобразовательной программе начального общего образования обучающихся с расстройством аутистического спектра (вариант \_\_\_\_\_) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии (№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_) или инвалида (ребенка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации: \_\_\_\_\_

Согласие родителя (законного представителя) на обучение ребенка по адаптированной основной общеобразовательной программе начального общего образования обучающихся с расстройством аутистического спектра (вариант \_\_\_\_\_): \_\_\_\_\_

подпись

Согласие поступающего, достигшего возраста восемнадцати лет, по адаптированной основной общеобразовательной программе начального общего образования обучающихся с расстройством аутистического спектра (вариант \_\_\_\_\_): \_\_\_\_\_

подпись

Язык образования: \_\_\_\_\_

Со сведениями о дате и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, уставом образовательной организации, адаптированными образовательными программами, ознакомлен(а) \_\_\_\_\_

подпись

Дата подачи заявления: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
ФИО