

Приложение 1  
к Правилам о приёме

Директору ГБОУ "ВОЙКОВСКАЯ ШКОЛА  
АМВРОСИЕВСКОГО М. О."  
Стыций Н.А.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя)/го поступающего)

\_\_\_\_\_  
Номер телефона \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о приёме в  
ГБОУ "ВОЙКОВСКАЯ ШКОЛА АМВРОСИЕВСКОГО М. О."**

Прошу принять моего ребёнка

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребёнка полностью)

на обучение в \_\_\_\_\_ класс ГБОУ "ВОЙКОВСКАЯ ШКОЛА АМВРОСИЕВСКОГО М. О."  
с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Наличие права на внеочередное, первоочередное или преимущественный приём в  
ГБОУ "ВОЙКОВСКАЯ ШКОЛА АМВРОСИЕВСКОГО М. О."

\_\_\_\_\_  
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) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Потребность ребёнка 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 (ребёнка-инвалида) в соответствии с индивидуальной программой реабилитации \_\_\_\_\_.

(ДА / НЕТ)

Даю согласие на обучение меня/моего ребёнка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной программе).

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

(Ф.И.О.)

(Подпись)

Дата рождения ребёнка/ поступающего\* \_\_\_\_\_

Место рождения ребёнка/ поступающего\* \_\_\_\_\_

Адрес места жительства и (или) пребывания ребёнка/ поступающего\*

Свидетельство о рождении:

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданное (выданный) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_ Сведения о  
родителях (законных представителях):

Ф.И.О.\* \_\_\_\_\_

Адрес места жительства и (или) пребывания\* \_\_\_\_\_

Контактный телефон поступающего\* \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_

Ф.И.О.\* \_\_\_\_\_

Адрес места жительства и (или) пребывания\* \_\_\_\_\_

Контактный телефон поступающего\* \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_

Прошу проинформировать меня о приёме (отказе в приёме) в образовательную организацию (выбрать способ информирования, в том числе в электронной форме):

Приложение:

1. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.
2. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.
3. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.
4. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.
5. \_\_\_\_\_ на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.

С Уставом ГБОУ "ВОЙКОВСКАЯ ШКОЛА АМВРОСИЕВСКОГО М. О.", Лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательной программой и документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями учащихся ознакомлен(-а).

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (Подпись)

\*Сведения, обязательные для заполнения

**Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО полностью)

проживаю по адресу \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства)

паспорт \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_,  
(серия, номер) (дата выдачи) (наименование органа, выдавшего паспорт)

являясь на основании \_\_\_\_\_ родителем (законным представителем)  
(реквизиты документа, подтверждающие полномочия родителя (законного представителя))

\_\_\_\_\_ (ФИО ребёнка (попечного) полностью)  
проживающего по адресу \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства)  
паспорт (свидетельство о рождении ребёнка) \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_,  
(серия, номер) (дата выдачи)

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего паспорт/свидетельство о рождении ребёнка)

настоящим подтверждаю своё согласие оператору персональных данных – ГОСУДАРСТВЕННОМУ БЮДЖЕТНОМУ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ "ВОЙКОВСКАЯ ШКОЛА АМВРОСИЕВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО ОКРУГА" ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ (ГБОУ "ВОЙКОВСКАЯ ШКОЛА АМВРОСИЕВСКОГО М. О.") (далее - Оператор), расположенному по адресу:

287350, Донецкая Народная Республика, М.О. Амвросиевский, пгт. Войковский, ул. Школьная, д.1, персональных данных моих и моего ребёнка \_\_\_\_\_

в целях осуществления обучения и воспитания в интересах личности, общества, государства, обеспечения охраны здоровья и создания благоприятных условий для разностороннего развития личности и информационного обеспечения управления образовательным процессом: сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность:

- Фамилия, Имя, Отчество, пол, дата рождения, серия и номер свидетельства о рождении (паспорта), когда и кем выдан, место рождения, гражданство, адрес регистрации и проживания, телефон;
- сведения о родителях (законных представителей):
- Фамилия, Имя, Отчество;
- уровень образования, место работы, должность, телефон, адрес регистрации и проживания;
- сведения о семье:
- социальный статус, количество детей, полнота семьи;
- данные об образовании: баллы по предметам ГИА, ЕГЭ, серия и номер документа об окончании ГБОУ "ВОЙКОВСКАЯ ШКОЛА АМВРОСИЕВСКОГО М. О.", сведения об участии в олимпиадах, конкурсах, спортивных мероприятиях, занятиях в кружках и секциях;
- информация медицинского характера: рост, вес, сведения о прививках, заболеваниях (текущих и перенесённых ранее), группе здоровья, физкультурной группе.
- иные документы (номер ИНН, пенсионного страхового свидетельства, данные медицинского страхового полиса и т.д.).

Обработка персональных данных моего ребёнка включает в себя: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, а также передачу в управление образования администрации города Макеевка, Министерство образования и науки Донецкой Народной Республики, медицинские организации города и области, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение.

Обработка персональных данных: смешанная с использованием средств вычислительной техники и сетей общего пользования с использованием организационных мер по обеспечению безопасности или без использования средств автоматизации.

Настоящее согласие действует до момента отзыва, если иное не предусмотрено законом РФ.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение трёх рабочих дней, за исключением случаев, когда срок хранения регламентируется другими нормативно-правовыми актами.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись) / \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ВОЙКОВСКАЯ ШКОЛА  
АМВРОСИЕВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО ОКРУГА"  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
(ГБОУ "ВОЙКОВСКАЯ ШКОЛА АМВРОСИЕВСКОГО М. О.")  
ул. Школьная , д.1, пгг. Войковский, М.О. Амвросиевский, Донецкая Народная Республика, 287350,  
тел. +79493117646, e-mail:[voikovstar@yandex.ru](mailto:voikovstar@yandex.ru), ИНН 9304012290

---

# Журнал регистрации приёма заявлений об обучении

Начат «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Окончен «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

