

Регистрационный № _____

Зачислить на _____ курс
по профессии 13450 Маляр

Директор _____ Л.В. Тарасенко

Приказ № _____ от « _____ » _____ 2026

Директору ГБПОУ РО «Волгодонского строительного
профессионального училища № 69»

Л.В. Тарасенко

от _____

(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

ребенка с ограниченными возможностями здоровья)

Паспорт: серия _____ № _____, выдан

_____ (кем, когда)

Гражданство _____

Место жительства _____

СНИЛС _____

Телефон _____

З А Я В Л Е Н И Е

О согласии на обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости) по адаптированной программе профессионального обучения по профессии: **13450 Маляр**

руководствуясь ч.3 ст. 55 Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" и на основании Рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии

_____ (наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

от « _____ » _____ 20 _____ № _____, заявляю о согласии на обучение

_____ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации с приложениями, Правилами внутреннего распорядка, Порядком приема и условиями обучения в данном образовательном учреждении ознакомлен(а):

_____ (подпись)

Согласен(на) на обработку персональных данных ребенка в порядке, установленном Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, №31, ст.345)

_____ (подпись)

Информацию об отсутствии общежития получил(а):

_____ (подпись)

Подтверждаю мою информированность об ответственности за достоверность сведений, указываемых в заявлении о приеме, и за подлинность документов предоставляемых для поступления.

_____ (подпись)

С датой представления оригинала документа установленного образца об образовании для зачисления ознакомлен(а)

_____ (подпись)

_____ (подпись абитуриента)

« _____ » _____ 2026

_____ (подпись родителя, законного представителя)

Ответственный секретарь приемной комиссии _____ С.А. Павличенко

« _____ » _____ 2026

Дополнительные данные:

Фактический адрес проживания:

ИНН _____

Медицинский полис № _____

Отнесение к лицам, которым предоставлено право преимущественного или первоочередного приема _____
(дети-сироты; дети, оставшиеся без попечения родителей; инвалидность; участник СВО; член семьи участника СВО)

Сведения о родителях (законных представителях):

мать: Ф.И.О. _____
дата рождения _____
место работы _____
должность _____
контактный телефон _____

отец: Ф.И.О. _____
дата рождения _____
место работы _____
должность _____
контактный телефон _____