Приложение № 1

к Правилам приема

|  |
| --- |
| Директору КГАПОУ «ДКИОР»  В.Н. Михайлову  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать: ФИО, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон заявителя ) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить меня (моего (ю) сына (дочь)) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.(последнее при наличии))

на 1 курс очной формы обучения по образовательной программе среднего профессионального образования по специальности 49.02.01 «Физическая культура» с присвоением квалификации «Педагог по физической культуре и спорту» по избранному виду спорта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, за счет средств бюджета Красноярского края.

(нужное подчеркнуть).

О себе (своем ребенке) сообщаю следующие данные:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(фамилия)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(имя)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(отчество, при наличии)

дата рождения «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ года,

Адрес места жительства: почтовый индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, город, район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кв. \_\_\_\_\_\_­\_, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Документ (паспорт, свидетельство о рождении), удостоверяющий личность, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.,

Обучался (лась)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование образовательной организации, город, уровень полученного образования, сведения о документе, подтверждающем уровень образования)

Изучаемый иностранный язык\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Среднее профессиональное образование получаю (ет) впервые\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего, родителя (законного представителя))

\*если не впервые, то подпись не ставится.

**Отношусь (относится) к следующей категории:**

* дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей;
* лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
* дети-инвалиды;
* инвалиды I и II групп;
* инвалиды с детства;
* лица, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС и иных радиационных катастроф, вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне;
* лица, являющиеся инвалидам вследствие военной травмы или заболевания, полученных в период прохождения военной службы;
* ветераны боевых действий либо имеющие право на получение государственной социальной помощи;
* лица из числа граждан, проходивших в течение не менее трех лет военную службу по контракту на воинских должностях, подлежащих замещению солдатами, матросами, сержантами, старшинами, и уволенных с военной службы по основаниям, предусмотренным [подпунктами «б](consultantplus://offline/ref=8973F65B5D26B4683617CB86B9982BCCA45ED9331B821CA66A8C4F627D19D57522765AAC9ACC007EKDM9I)» - [«г» пункта 1](consultantplus://offline/ref=8973F65B5D26B4683617CB86B9982BCCA45ED9331B821CA66A8C4F627D19D57522765AAC9ACC0371KDM8I), [подпунктом «а» пункта 2](consultantplus://offline/ref=8973F65B5D26B4683617CB86B9982BCCA45ED9331B821CA66A8C4F627D19D57522765AAC9ACC007EKDM1I) и [подпунктами «а](consultantplus://offline/ref=8973F65B5D26B4683617CB86B9982BCCA45ED9331B821CA66A8C4F627D19D57522765AAC9ACC007FKDMDI)» - [«в» пункта 3 статьи 51](consultantplus://offline/ref=8973F65B5D26B4683617CB86B9982BCCA45ED9331B821CA66A8C4F627D19D57522765AAC9ACC007FKDMFI) Федерального закона от 28 марта 1998 года N 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе».
* лица, получившие государственную социальную помощь.

Наличие льготы подтверждается соответствующими документами, в момент подачи настоящего заявления

На период обучения прошу (нужное подчеркнуть):

- предоставить общежитие;

- в предоставлении общежития не нуждаюсь.

Приложения:

1. оригинал или копию документов, удостоверяющих личность, гражданство;
2. оригинал или копию документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации;
3. 4 фотографии размером 3х4 см (черно-белое или цветное исполнение);
4. медицинское заключение о допуске к прохождению спортивной подготовки с подписями врачей-специалистов, участвующих в вынесении медицинского заключения, руководителя медицинской организации, заверяется личными печатями врачей-специалистов и печатью медицинской организации

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего, родителя (законного представителя))

С копиями лицензии (приложениями), свидетельства о государственной аккредитации (приложениями) и другими документами, регламентирующими образовательную деятельность, права и обязанности обучающихся, в том числе через информационные системы общего пользования ознакомлен (а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего, родителя (законного представителя))

Я проинформирован (а) и ознакомлен:

с уставом, лицензией, свидетельством о государственной аккредитации и следующими локальными актами организации:

о порядке проведения вступительных испытаний;

о правилах подачи апелляции;

о правилах проживания в студенческом общежитии (интернате);

о правилах внутреннего распорядка для обучающихся;

о возможности получения информации на сайте учреждения [www.duor.sibhost.ru](http://www.duor.sibhost.ru) на русском языке.

о дате предоставления оригинала документа, подтверждающего уровень образования срок **не позднее 30.08.2022 г.**

Даю согласие на обработку полученных в связи с приемом в образовательную организацию персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего, родителя (законного представителя))

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись поступающего, родителя (законного представителя))

-----------------------------------------------Линия отреза-------------------------------------------------------

РАСПИСКА В ПРИЕМЕ ДОКУМЕНТОВ

Заявление принял

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (ФИО) (должность, место работы)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  | . |  |  | . |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер |  |  |  |  |