

Заявление зарегистрировано за № \_\_\_\_\_  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Директору МБУ ДО ДШИ № 1  
Кирюшкиной В.В.

от \_\_\_\_\_  
фамилия родителя (законного представителя)  
\_\_\_\_\_  
имя  
\_\_\_\_\_  
отчество (при наличии)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о приеме на обучение по дополнительной предпрофессиональной**  
**программе в области искусств (художественное отделение)**

Прошу принять моего ребенка \_\_\_\_\_  
на обучение в учреждение и провести индивидуальный отбор по дополнительной предпрофессиональной программе в области изобразительного искусства «Живопись».

Сведения о поступающем	
Фамилия в именительном падеже	
Имя в именительном падеже	
Отчество (при наличии) в именительном падеже	
Дата рождения (число, месяц, год)	
Место рождения	
Всего лет (на 1 сентября с месяцами)	
Адрес места жительства	
Адрес места пребывания	
Наименование общеобразовательной школы или дошкольного образовательного учреждения на 01.09 текущего года	
Обучался ли ранее в МБУ ДО ДШИ № 1 (да/нет)	
Сведения о родителях (законных представителях)	
<b>Степень родства</b>	Мать / опекун / законный представитель (подчеркнуть)
Фамилия в именительном падеже	
Имя в именительном падеже	
Отчество (при наличии) в именительном падеже	
Дата рождения (число, месяц, год)	
Место рождения	
Адрес места жительства	
Адрес места пребывания	
Место работы	
Занимаемая должность	
Телефон	
e-mail (при наличии)	
<b>Степень родства</b>	Отец / опекун / законный представитель (подчеркнуть)
Фамилия в именительном падеже	
Имя в именительном падеже	
Отчество (при наличии) в именительном падеже	
Дата рождения (число, месяц, год)	
Место рождения	

Адрес места жительства	
Адрес места пребывания	
Место работы	
Занимаемая должность	
Телефон	
e-mail (при наличии)	

Потребность поступающего в обучении по адаптированной образовательной программе (при наличии) и (или) в специальных условиях (при наличии) для организации обучения обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии или ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и абилитации инвалида *(приложить копию подтверждающего документа)*

Согласие родителя (законного представителя) поступающего на обучение по адаптированной образовательной программе

Потребность в создании условий для проведения приема поступающего с ограниченными возможностями здоровья

Принадлежность к льготной категории *(приложить копию подтверждающего документа)*

С уставом учреждения, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, с предпрофессиональными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а)

подпись

Согласен на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»

подпись

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 года