Директору ФГБПОУ «Санкт-Петербургский государственный

академический художественный лицей

им.Б.В.Иогансона при Российской академии художеств»

Мищенко Т.А.

адрес: Санкт-Петербург, ул.Детская, д.17, к.1

от (ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающей(-его) по адресу:

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

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

тел.:

**Заявление**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(ФИО родителя/законного представителя)

являясь родителем (законным представителем) учащегося

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

(ФИО, дата рождения ребенка)

прошу Вас зачислить моего сына / мою дочь (ненужное зачеркнуть) в \_\_\_\_\_\_ класс ФГБПОУ «СПГАХЛ им.Б.В.Иогансона при РАХ» на 2023-2024 учебный год для обучения по программе

**среднего профессионального образования** по специальности 54.02.05 Живопись с присвоением квалификации художник-живописец, преподаватель

|  |
| --- |
| (подпись) |

Ознакомлен(а) с Уставом, Лицензиями, Свидетельством гос. аккредитации, локальными актами Лицея, образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, с информацией, опубликованной на сайте Лицея \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

**Предоставляю следующие документы на ребенка:**

1. Личная карточка учащегося из образовательной организации, где до этого обучался ребенок.
2. История развития ребенка ф.026-у (школьная медицинская карта)
3. Прививочный сертификат с проведенной реакцией Манту и всеми прививками по возрасту ребенка
4. Форма 086-у (оригинал), заверенная руководителем лечебно-профилактического учреждения, и справки из противотуберкулезного и психоневрологического диспансеров.
5. 3 копии полиса ОМС
6. 3 копии свидетельства о рождении/паспорта ребенка
7. Справку о регистрации ребенка (форму 9 или выписку из домовой книги)
8. 2 Копии СНИЛС
9. 2 фотографии 3х4
10. Удостоверение учащегося (новое)

Обязуюсь лично присутствовать (или обеспечить присутствие другого законного представителя ребенка) на осмотре ребенка, заполнить анкету о состоянии здоровья ребенка и оформить согласие на проведение осмотра ребенка в медицинском кабинете Лицея. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Даю согласие на внесение личных данных ребенка в компьютерные базы данных и использование их ограниченным кругом кругом лиц исключительно в служебных целях. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
|  |

Лицей гарантирует конфиденциальность предоставленной информации.

Настоящим Заявлением выражаю также свое согласие на использование Лицеем по своему усмотрению работ, которые могут быть созданы в процессе обучения моего ребенка в Лицее. В случае, если его работы будут отобраны Художественным советом в Художественный фонд Лицея, выражаю согласие на хранение этих работ в Художественном фонде и использование их Лицеем в соответствии с действующим законодательством в информационных, научных, учебных или культурных целях. \_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г