|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(наименование образовательной организации)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(ФИО руководителя)* |
|  |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на участие в государственной итоговой аттестации
по образовательным программам основного общего образования**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(*Фамилия Имя Отчество)*

обучающийся \_\_\_\_\_\_ класса, прошу зарегистрировать меня на участие в государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования по следующим предметам в соответствии с указанными формами:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование предмета** | **Форма ГИА** | **Наименование предмета** | **Форма ГИА** |
| **ОГЭ** | **ГВЭ** | **ОГЭ** | **ГВЭ** |
| Русский язык |  |  | Обществознание |  |  |
| Математика |  |  | Литература |  |  |
| Физика |  |  | Информатика и ИКТ  |  |  |
| Химия |  |  | Английский язык |  |  |
| Биология |  |  | Немецкий язык |  |  |
| География |  |  | Французский язык |  |  |
| История  |  |  | Испанский язык |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Пол |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документ, удостоверяющий личность |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Серия |  | номер |  |

проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Документ, подтверждающий право на участие в ГВЭ (заключение психолого-медико-педагогической комиссии - для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, справка, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, **-** для обучающихся детей-инвалидов и инвалидов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Даю согласие на обработку моих персональных данных.

Подпись обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (Фамилия Имя Отчество)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Подпись родителя об ознакомлении с заявлением

(законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (Фамилия Имя Отчество)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Достоверность указанных сведений подтверждаю.

Подпись руководителя образовательной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (Фамилия Имя Отчество)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата  |  |  |  |  |  |  |  |  |