Директору

МБОУ г. Астрахани «СОШ №29»

А.А. Спирину

Заявление №\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Я,** | **фамилия** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **имя** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **отчество** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения: |  |  | . |  |  | . |  |  |  |  |

Имеющий(ая):

Документ, удостоверяющий личность **паспорт гражданина РФ**;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  |  |  |  | Номер |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Паспорт выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г. гражданство **РФ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Пол: |  | Мужской |  | Женский, |

2. Номер СНИЛС

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

Категория участника:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Обучающийся XI(XII) класса |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Участник с ограниченными возможностями здоровья |

Мною предъявлен один из следующих документов (нужное подчеркнуть):

- оригинал или надлежащим образом заверенная копия рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии;

- оригинал или надлежащим образом заверенная копия справки, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы.

Прошу создать для меня дополнительные условия, учитывающие состояние здоровья, особенности психофизического развития (нужное подчеркнуть):

- специализированная аудитория;

- увеличение продолжительности выполнения экзаменационной работы ЕГЭ на 1,5 часа;

- увеличение продолжительности выполнения экзаменационной работы ЕГЭ по иностранным языкам (раздел «Говорение») на 30 минут;

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

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

*(иные дополнительные условия/материально-техническое оснащение, учитывающие состояние здоровья, особенности психофизического развития)*

 Прошу Вас зарегистрировать меня для сдачи ЕГЭ по следующим учебным предметам

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование учебного предмета | Отметка о выборе «Х» | Выбор сроков участия или периода проведения в соответствии с единым расписанием проведения ЕГЭ\* |
| Русский язык | Х | Основной |
| Математика (профильный уровень) |  |  |
| Математика (базовый уровень) |  |  |
| Физика |  |  |
| Химия |  |  |
| Информатика и ИКТ |  |  |
|  Биология |  |  |
|  История |  |  |
| География |  |  |
|  Обществознание |  |  |
| Литература |  |  |
| Английский язык |  |  |
| Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ подпись Ф.И.О. |  |

C Порядком проведения ГИА ознакомлен (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись расшифровка подписи

*Согласие на обработку персональных данных прилагается.*

Специалист, принявший заявление \_\_\_\_\_\_\_\_\_/Эренценова С.А.

 подпись