**Образец заявления на участие в итоговом сочинении (изложении) выпускника текущего учебного года**

Руководителю образовательной организации

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

**заявление**

на участие в итоговом сочинении (изложении) выпускника текущего года

**Я,**

*фамилия*

*имя*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | *отчество* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | | | | | | | | |
| **Дата** | |  |  |  |  | ч | | ч | | . | | м | | м | | . |  |  |  |  |  | г | | г | |  | | | | | | | | | |

**Документ, удостоверяющий личность** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Серия** |  |  |  |  | **Номер** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Пол**: |  | мужской | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **СНИЛС**  женский | | | | | | | | | | |

Прошу зарегистрировать меня для участия в итоговом

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **сочинении** |  | **изложении** |

для получения допуска к государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования.

Согласие на обработку персональных данных прилагается.

\**Прошу создать условия для написания итогового сочинения* *(изложения)* *с* *учетом состояния здоровья, подтверждаемого (заполняется участниками с ограниченными возможностями здоровья, детьми-инвалидами, инвалидами):*

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

*(указать необходимые условия)*

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Справкой* | *об* | *установлении* |  |
| *инвалидности* |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Рекомендациями ПМПК*

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Контактный телефон |  | ( |  |  |  | ) |  |  |  | - |  |  | - |  |  |

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