

И.о. директора БПОУ ОО  
«Орловский областной колледж культуры и искусств»  
Афонасовой Светлане Александровне

Фамилия \_\_\_\_\_ Гражданство \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_ Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Место рождения \_\_\_\_\_ Когда и кем выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ СНИЛС \_\_\_\_\_

Проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять мои документы для поступления в колледж на базе \_\_\_\_\_ (9 классов)  
на \_\_\_\_\_ форму обучения на специальность 51.02.01 Народное художественное творчество  
(очная)  
по виду \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ на места за счет бюджетных ассигнований

Среднее профессиональное образование данного уровня получаю впервые:  да  нет \_\_\_\_\_  
(подпись)

Окончил (а) в \_\_\_\_\_ году \_\_\_\_\_  
(полное название учебного заведения, место)

Изучаемый иностранный язык \_\_\_\_\_

В приемную комиссию представлен документ об образовании:

Аттестат:  оригинал  дубликат  копия серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Диплом:  оригинал  дубликат  копия выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

В общежитии  нуждаюсь  не нуждаюсь

Дополнительные сведения  
Сведения о родителях (законных представителях):

#### Мать

ФИО	
Адрес проживания	
Место работы	
Должность	
Контактный телефон	

#### Отец

ФИО	
Адрес проживания	
Место работы	
Должность	
Контактный телефон	

Являюсь инвалидом или лицом с ограниченными возможностями здоровья  да  нет \_\_\_\_\_  
(подпись)

Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья:  
необходимость специальных условий при проведении вступительных испытаний в связи с инвалидностью  
или ограниченными возможностями здоровья (при наличии): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(указать специальные условия)

Отношусь к категории: лицо из числа детей-сирот  
и детей, оставшихся без попечения родителей  да  нет \_\_\_\_\_  
(подпись)

Документ, подтверждающий статус лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения  
родителей \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа)

### Опекун

ФИО	
Адрес проживания	
Место работы	
Должность	
Контактный телефон	

Дополнительные сведения о себе: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г.

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С Уставом, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, правилами приема и условиями обучения в данном образовательном учреждении, правилами подачи апелляций, правилами внутреннего распорядка **ознакомлен(а)**.

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С датами предоставления оригинала документа об образовании и (или) документа об образовании и о квалификации – до 15 августа 2024 года (для очной формы обучения) – **ознакомлен(а)**.

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Я даю согласие на обработку и публикацию персональных данных в открытых источниках связи сети Интернет.

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С текстом закона № 15 от 23.02.13 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» **ознакомлен(а)**.

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

С правилами подачи апелляции при приёме, по результатам вступительных испытаний, проводимых образовательным учреждением самостоятельно **ознакомлен(а)**.

\_\_\_\_\_  
(подпись поступающего)

Подпись ответственного приемной комиссии, принявшего заявления о приёме

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 г.

\_\_\_\_\_