|  |  |
| --- | --- |
| Рассмотрено и рекомендовано  к утверждению методическим  советом БУ СО ВО «СРЦН «Феникс»  протокол от 22.12.2017г. №4 | Приложение №4  УТВЕРЖДЕНО  приказом директора БУ СО Вологодской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс»  от 29.12.2017 года №117 |

**ПРАВИЛА**

**приёма на обучение и отчисления обучающихся по**

**«Дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программы социально-педагогической направленности «Мы вместе»**

1. На обучение по реализующейся «Дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программе социально-педагогической направленности «Мы вместе» (далее – Программа) принимаются воспитанникиБУ СО ВО «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс» (далее - Учреждение) в возрасте от 7 до 17 лет, реализуемой на бесплатной основе.

2. Приём на обучение воспитанников производится на принципах равных условий приёма для всех поступающих.

3. Приём на обучение осуществляется по заявлению родителей (законных представителей) несовершеннолетнего (приложение №1) при предъявлении оригиналов документов и копий свидетельства о рождении / паспорта.

4. Все документы по приёму на обучение хранятся в личном деле воспитанника Учреждения, которое находится в отделении социально-правовой помощи.

5. Приём заявлений на обучение производится не позднее чем через 7 дней с момента поступления на реабилитацию в Учреждение.

5. Приём на обучение по Программе детей с ограниченными возможностями здоровья возможен только с согласия родителей (законных представителей).

6. При приёме администрация Учреждения обязана ознакомить законных представителей воспитанников, поступивших на реабилитацию, с Уставом Учреждения, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательной программой и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся.

7. Зачисление несовершеннолетних на обучение производится приказом директора (приложение №2) не позднее 10 рабочих дней с момента поступления на реабилитацию в Учреждение после получения документов, указанных в п.3. Правил.

8. Отчисление производится приказом директора по выбытию несовершеннолетних из Учреждения (приложение №3).

Приложение 1

к Правилам приема на обучение по ДОП

в БУ СО ВО «СРЦН «Феникс»

приказ от 29.12.2017 года №117

**Директору**  **БУ СО ВО**

**«СРЦН «Феникс»**

**Тройнич Ю.С.**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ф.И.О. родителя

(законного представителя)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять моего сына (дочь) в БУ СО ВО «СРЦН «Феникс» для обучения по «Дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программе социально-педагогической направленности «Мы вместе»

**СВЕДЕНИЯ О ПОСТУПАЮЩЕМ**

Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о гражданстве\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В какой общеобразовательной школе обучается, №\_\_\_\_\_\_\_\_ класс\_ \_\_\_\_\_

**СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЯХ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЯХ)**

**Мать:** Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о гражданстве\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Отец:** Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о гражданстве\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательной программой и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись).

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с Федеральным Законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», не возражаю против ознакомления, получения, обработки, хранения указанных в заявлении персональных данных сотрудниками БУ СО ВО «СРЦН «Феникс», осуществляющими образовательный процесс. Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

Приложения:

 копия свидетельства о рождении поступающего;

 копия документа, удостоверяющего личность подающего заявление родителя

(законного представителя) поступающего;

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

к Правилам приема на обучение по ДОП

в БУ СО ВО «СРЦН «Феникс»

приказ от \_\_\_\_\_20\_\_\_ № \_\_\_

ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

СОЦИАЛЬНО – РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

«ФЕНИКС»

**П Р И К А З**

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года № \_\_

г. Вологда

О зачислении на обучение

по ДОП

**П Р И К А З Ы В А Ю:**

ЗАЧИСЛИТЬ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_года рождения, на обучение по «Дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программе социально-педагогической направленности «Мы вместе».

Директор Учреждения Ю.С. Тройнич

Приложение 3

к Правилам приема на обучение по ДОП

в БУ СО ВО «СРЦН «Феникс»

приказ от \_\_\_\_\_20\_\_\_ № \_\_\_

ДЕПАРТАМЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

СОЦИАЛЬНО – РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

«ФЕНИКС»

**П Р И К А З**

\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года № \_\_

г. Вологда

Об отчислении обучающего

по ДОП

**П Р И К А З Ы В А Ю:**

Отчислить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_года рождения, из числа обучающихся по «Дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программе социально-педагогической направленности «Мы вместе» в связи с выбытием несовершеннолетнего из Учреждения.

Директор Учреждения Ю.С. Тройнич