|  | Директору СИДОРЕНКІВСЬКОГО ЛІЦЕЮ ВАЛКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ БОГОДУХІВСЬКОГО РАЙОНУ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ  Діні Новіковій  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  (прізвище, ім’я та по батькові заявника чи одного з батьків дитини)  який (яка) проживає за адресою:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адреса фактичного місця проживання)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактний телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адреса електронної поштової скриньки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- | --- |

**ЗАЯВА**

**про зарахування**

| Прошу зарахувати \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |
| (прізвище, ім’я та по батькові (за наявності), дата народження дитини) |
| до \_\_\_ класу, який (яка) фактично проживає (чи перебуває) за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форму здобуття освіти.  (інституційна, індивідуальна)  Повідомляю про:   * наявність права на першочергове зарахування: так/ні (*потрібне підкреслити*) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);   (назва і реквізити документа, що підтверджує проживання на території обслуговування закладу освіти) |
| * навчання у закладі освіти рідного (усиновленого) брата/сестри: так/ні (*потрібне підкреслити*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   (прізвище, ім’я та по батькові (у разі наявності) брата/сестри)   * про роботу одного з батьків дитини в закладі освіти \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   (прізвище, ім’я та по батькові (у разі наявності), посада працівника закладу освіти)   * про навчання дитини у дошкільному підрозділі закладу освіти: так/ні (*потрібне підкреслити*); * потребу у додатковій, постійній чи тимчасовій підтримці в освітньому процесі: так[[1]](#footnote-2)\*/ні (*потрібне підкреслити*); * інші обставини, що є важливими для належної організації освітнього процесу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.   Підтверджую достовірність всієї інформації, зазначеної в цій заяві та у наданих до заяви документах. |
| **Додатки:**   * Копія свідоцтва про народження дитини (пред’являється з оригіналом ) * Оригінал або копія медичної довідки за формою первинної облікової документації №086-1/0 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) (підпис) |

1. \*Зазначається лише для дітей з особливими освітніми потребами. [↑](#footnote-ref-2)