|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору Миколаївської ЗОШ І-ІІІ ст. №29 (повне найменування закладу освіти)Грицюк Л.А.(прізвище та ініціали директора)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) 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) |
| до \_\_\_ класу, який (яка) фактично проживає за адресою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форму здобуття освіти. |
| Потреба у додатковій постійній чи тимчасовій підтримці в освітньому процесі: так\*/ні (потрібне підкреслити).\*зазначається лише для дітей з особливими освітніми потребами. |
|  |
| Підтверджую достовірність всієї інформації, зазначеної в цій заяві та у наданих до заяви документах.Додатки:1) копія свідоцтва про народження або документ, що посвідчує особу;2) медична довідка № 086-1/о (у разі подання разом із заявою);3) копія документа про освіту (крім учнів першого і другого класів);4) копія висновку інклюзивно-ресурсного центру про комплексну оцінку дитини з особливими освітніми потребами (у разі наявності);5) копія документа, що підтверджує місце проживання/перебування дитини (для підтвердження права на першочергове зарахування). |
| (*дата*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (підпис) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору Миколаївської ЗОШ І-ІІІ ст. №29 (повне найменування закладу освіти)Грицюк Л.А.(прізвище та ініціали директора)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім’я та по батькові (за наявності) 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) |
| до \_\_\_ класу, який (яка) фактично проживає за адресою \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форму здобуття освіти. |
| Потреба у додатковій постійній чи тимчасовій підтримці в освітньому процесі: так\*/ні (потрібне підкреслити).\*зазначається лише для дітей з особливими освітніми потребами. |
|  |
| Підтверджую достовірність всієї інформації, зазначеної в цій заяві та у наданих до заяви документах.Додатки:1) копія свідоцтва про народження або документ, що посвідчує особу;2) медична довідка № 086-1/о (у разі подання разом із заявою);3) копія документа про освіту (крім учнів першого і другого класів);4) копія висновку інклюзивно-ресурсного центру про комплексну оцінку дитини з особливими освітніми потребами (у разі наявності);5) копія документа, що підтверджує місце проживання/перебування дитини (для підтвердження права на першочергове зарахування). |
| (*дата*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  (підпис) |