***Зразок заяви***

 ***Директору Вовчицької гімназії***

 ***Зарічненської селищної ради Вараського району Рівненської області***

***Мельникович Г.Д.***

***Прізвище Ім’я По батькові,***

***яка проживає за адресою:***

 ***вул. Назва вулиці, буд. \_\_, с. Вовчиці***

 ***Вараського району Рівненської області***

***Контактний телефон: 0123456789***

***Адреса електронної поштової скриньки:***

 ***elektronnaadresa@ukr.net***

***ЗАЯВА***

***про зарахування***

***Прошу зарахувати Прізвище Ім’я По батькові, (число, місяць, рік) року народження до 1 класу, яка(який) фактично проживає за адресою вул. Назва,буд. \_\_\_, с. Вовчиці Вараського району Рівненської області на інституційну очну (денну)/ індивідуальну (екстернат, сімейна (домашня), педагогічний патронаж) форму здобуття освіти.***

***Повідомляю про:***

***наявність права на першочергове зарахування: так/ні (паспорт, довідка про місце проживання );***

***навчання у закладі освіти ріднихбратів: так (Прізвище Ім’я По батькові, учень \_\_ класу та Прізвище Ім’я По батькові, учениця 7 класу)/ні;***

***про роботу одного з батьків дитини в закладі освіти: так (Кутенес Марія Степанівна, заступник директора з навчально-виховної роботи) /ні;***

***про навчання дитини у дошкільному підрозділі закладу освіти: ні (наш заклад не має підрозділу дошкільної освіти);***

***потребу у додатковій постійній чи тимчасовій підтримці в освітньому процесі: так\*/ні;***

 ***інші обставини, що є важливими для належної організації освітнього процесу: ні.***

***Підтверджую достовірність всієї інформації, зазначеної в цій заяві та у наданих до заяви документах.***

***Додатки:***

1. ***Копія свідоцтва про народження;***
2. ***Копія документа, що підтверджує місце проживання/перебування дитини (копія паспорта, довідка про місце проживання).***
3. ***Оригінал або копія довідки форми № 086-1/о «Довідка учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного профілактичного огляду».\*\****
4. ***Висновок про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини (висновок ІРЦ).\****

 ***Дата (число, місяць, рік) Підпис***

***\*\*Залежно від епідеміологічної ситуації***

 ***\**** ***Зазначається лише для дітей з особливими освітніми потребами***