

ЗРАЗОК ОФОРМЛЕННЯ ЗАЯВИ

Т.в.о.директора Погожжокриницького ліцею
Роменської міської ради Сумської
області

(повне найменування закладу освіти)

Ситник С.О.

(прізвище та ініціали директора)

Іванова Івана Івановича

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) заявника чи
одного з батьків дитини)

який (яка) проживає за адресою:

Сумська обл., Роменський п-н, с. Погожжя Криниця, вул.
Центральна, 13

(адреса фактичного місця проживання)

Контактний телефон:

096-12-34-567

Адреса електронної поштової скриньки:

IVANOV@gmail.com

(за наявності)

ЗАЯВА

про зарахування до закладу освіти

Прошу зарахувати Іванова Миколу Івановича, 10.10.2016 р.

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), дата народження)

до 1 класу, який (яка) фактично проживає (чи перебуває) за адресою:

Сумська обл., Роменський п-н, с. Погожжя Криниця, вул. Центральна,
13

на інституційну форму здобуття освіти.

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, по батькові (за наявності) брата/сестри)

роботу одного з батьків дитини в закладі

освіти _____;

(прізвище, ім'я, по батькові (за наявності), посада працівника закладу освіти)

навчання дитини у дошкільному підрозділі закладу освіти: так/ні (потрібне підкреслити);

потребу у додатковій постійній чи тимчасовій підтримці в освітньому процесі: так*/ні
(потрібне підкреслити);

інші обставини, що є важливими для належної організації освітнього процесу_____

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

Додатки:

- копія свідоцтва про народження дитини;
- оригінал (копія) медичної довідки за формою первинної облікової документації № 086 – 1/о

15.05.2023 р.
(дата)

Іванов
(підпис)

*Зазначається лише для дітей з особливими освітніми потребами.