

Зарахувати
до ____ - ____ класу
з _____
Директор МГ № 35
А.Б.Апостолов

Директору МГ № 35
А.Б.Апостолову

(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.

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 брата/сестри)
про роботу одного з батьків дитини в закладі освіти _____

_____ ((прізвище, ім'я та по батькові, посада працівника закладу освіти)
потребу у додатковій постійній чи тимчасовій підтримці в освітньому процесі: так/ні (потрібне підкреслити);

*зазначається лише для дітей з особливими освітніми потребами.

Прошу навчати мою дитину _____ мовою.

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 висновку інклюзивно-ресурсного центру про комплексну оцінку дитини з особливими освітніми потребами (у разі наявності);
- 4) копія документа, що підтверджує місце проживання/перебування дитини (для підтвердження права на першочергове зарахування).

(дата)

(підпис)

(За бажанням) До кого можна звернутися по допомогу вашій дитині в разі необхідності: _____
