|  |  |
| --- | --- |
|  | **Директору**  **Бердичівського міського ліцею № 15 Івасюк В.Г.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  *(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.**  *(очну, заочну, дистанційну, сімейну, мережеву)*  **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-1)\*/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:**  **1. Копія свідоцтва про народження дитини або іншого документу, що посвідчує особу здобувача освіти(під час подання копії перевіряється оригінал документу).**  **2. Оригінал медичної довідки форма №086-1/о.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата (Підпис) |

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