Директору

Лісновицької загальноосвітньої школи

І-ІІ ступенів Городоцької районної ради

Львівської області

Гуку М.М.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*прізвище, ім’я, 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 до закладу освіти**

Прошу зарахувати\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

до \_\_\_\_\_\_\_\_ класу, який (*яка*) фактично проживає (*чи перебуває*) 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, по батькові* (*за наявності*) *брата/сестри*)

роботу одного з батьків дитини в закладі освіти:так/ні (*потрібне підкреслити*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

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: 1. *Копія свідоцтва про народження дитини*.

 2. *Медична довідка за формою № 086-1/0*.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*дата*) (*підпис*) (*прізвище, ініціали*)