

Директору Комунального закладу  
«Сурсько-Литовська загальноосвітня  
школа І-ІІІ ступенів»  
Лапініс Н.В.

\_\_\_\_\_  
(прізвище, ім'я, по-батькові заявника)

Який (яка) проживає за адресою:

\_\_\_\_\_  
(адреса фактичного місця проживання)

Контактний телефон: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВА

*про зарахування*

Прошу зарахувати \_\_\_\_\_

(ПІБ дитини, дата народження)

до \_\_\_\_\_ класу, який(яка) фактично проживає за адресою: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

на \_\_\_\_\_ форму здобуття освіти.

(групову/індивідуальну)

Потреба у додатковій постійній чи тимчасовій підтримці в освітньому процесі: \*так/ні (потрібне підкреслити).

\*вказується лише для дітей з особливими освітніми потребами.

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

*Додатки:*

1. Копія свідоцтва про народження.
2. Медична довідка 086-1/о (у разі подання із заявою).
3. Копія висновку інклюзивно - ресурсного центру про комплексну оцінку дитини з особливими освітніми потребами.
4. Копія документа, що підтверджує місце проживання/перебування дитини (для підтвердження права на першочергове зарахування).

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Підпис)