

Директору \_Кальницької загальноосвітньої школи  
I-III ступенів ім. Я. Івашкевича Дашівської селищної ради\_  
Поїзд Валентині Савівні

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(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: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВА**  
про зарахування

Прошу зарахувати \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_ на

\_\_\_\_\_ форму здобуття освіти.

(денна, інклюзивна, індивідуальна)

Підтверджую достовірність всієї інформації, зазначеної в цій заяві та у

наданих до заяви документах.

Додатки:

1) копія свідоцтва про народження дитини або документа, що посвідчує особу здобувача освіти;

2) оригінал медичної довідки за формою первинної облікової документації № 086-1/о «Довідка учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного профілактичного огляду», затвердженою наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 серпня 2010 року № 682, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 10 вересня 2010 року за № 794/18089;

3) у разі наявності до заяви додається оригінал висновку про комплексну (чи повторну) психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини чи витягу з протоколу засідання психолого-медико-педагогічної консультації.(за переліком, визначеним пунктом 4 розділу I Порядку зарахування, відрахування та переведення учнів до державних та комунальних закладів освіти для здобуття повної загальної середньої освіти, затвердженого наказом Міністерства освіти і науки України від 16 квітня 2018 року № 367)

Дата

Підпис