

Директору Ізюмського ліцею № 3  
Ізюмської міської ради  
Ю.ОЛЬХОВСЬКІЙ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(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 очну / інклюзивну (потрібне підкреслити) 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(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 наданих до заяви документах.

\* зазначається лише для дітей з особливими освітніми потребами

Додатки:

- 1) Копія свідоцтва про народження дитини –
- 2) Оригінал медичної довідки № 086-1/о –
- 3) Копію паспорта громадянина України (тимчасового посвідчення громадянина України, посвідки на постійне проживання, посвідки на тимчасове проживання, посвідчення біженця, посвідчення особи, яка потребує додаткового захисту, посвідчення особи, якій надано тимчасовий захист, довідка про звернення за захистом в Україні) –
- 4) Оригінал висновку інклюзивно-ресурсного центру про комплексну оцінку дитини з особливими освітніми потребами чи висновку психолого-медико-педагогічної консультації (*у разі наявності для дітей з особливими освітніми потребами*) -

\_\_\_\_\_

(Дата)

\_\_\_\_\_

(підпис)

\_\_\_\_\_

(ініціали, прізвище)