Директору комунального закладу Харківська спеціальна школа № 2» Харківської обласної ради

Мочаліній А.О.

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

(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

Додатки:

1. копія свідоцтва про народження або документ, що посвідчує особу;
2. Довідка учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов’язкового медичного профілактичного огляду, заповнена за формою первинної облікової документації № 086-1/о;
3. Карта профілактичних щеплень, заповнена за формою первинної облікової документації № ОбЗ/о;
4. копія документа про освіту (крім учнів першого і другого класів);
5. висновок про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини, здійснену інклюзивно-ресурсним центром;
6. копія документа, що підтверджує місце проживання/перебування дитини;
7. індивідуальна програма реабілітації особи (дитини) з інвалідністю (за наявності);
8. висновок психіатра (для осіб з порушеннями інтелектуального розвитку);
9. рішення органу опіки та піклування (для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування).

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_на дену форму здобуття освіти.

(підпис)