

Директору/завідувачу Каржовій З.Д.  
Спеціальний дошкільний навчальний заклад  
(дитячий садок) № 36 «Дзвіночок» Запорізької  
міської ради Запорізької області  
(повне найменування закладу дошкільної освіти)

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

який/яка проживає за адресою:

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

Контактний телефон: \_\_\_\_\_

Адреса електронної поштової скриньки: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВА

про зарахування до спеціального закладу дошкільної освіти

Прошу зарахувати \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (прізвище, ім'я, по батькові, дата народження)

який (яка) фактично проживає (чи перебуває) за  
адресою: \_\_\_\_\_,  
до СДНЗ № \_\_\_\_\_, до групи для дітей компенсуючого типу « \_\_\_\_\_ » для дітей  
віком від \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ років, з режимом роботи \_\_\_\_\_, з « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020  
р<sup>1</sup> до « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ року  
(дата зарахування, відрахування)

Добровільно повідомляю про:  
наявність права на першочергове/позачергове зарахування: так / ні (потрібне підкреслити);

\_\_\_\_\_ (назва і реквізити документа, що підтверджують пільгу)

потребу у додатковій постійній чи тимчасовій підтримці в освітньому процесі: так / ні  
(потрібне підкреслити);<sup>2</sup>

інші обставини, що є важливими для належної організації освітнього процесу  
\_\_\_\_\_;

ПІБ сімейного лікаря \_\_\_\_\_

№ поліклініки/амбулаторії, де спостерігається дитина \_\_\_\_\_

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

До заяви додаю:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Із \_\_\_\_\_ ознайомлений(-а)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (підпис)

<sup>1</sup>у випадку зарахування дитини до закладу дошкільної освіти/групи компенсуючого типу зазначається термін перебування дитини у закладі з \_\_\_\_\_.20\_\_р. до \_\_\_\_\_.20\_\_р.

<sup>2</sup>зазначається лише для дітей з особливими освітніми потребами