Директору

Государственного учреждения

образования «Гомельский областной ЦКРОиР»

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

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

зарегистрированного (ой) по месту

жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Контактный телефон : (дом, раб., моб.)

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года, на коррекционные занятия в учреждение к учителю-дефектологу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*ФИО учителя-дефектолога*

С Уставом учреждения ознакомлен (а).

Обязуюсь обеспечивать условия для получения и развития моего ребенка, уважать честь и достоинство других участников коррекционного процесса, выполнять требования учредительных документов, правил внутреннего распорядка для обучающихся и их законных представителей, а также выполнять иные обязанности, установленные актами законодательства в сфере образования, локальными нормативными актами учреждения образования.

К заявлению прилагаю:

Медицинскую справку о состоянии здоровья ребенка;

Копию свидетельства о рождении;

Копию удостоверения инвалида (если таковое имеется);

Заключение государственного центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)