|  |  |
| --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (число, месяц, год) | Директору государственного учреждения образования «Олехновичская средняя школа Молодечненского района»  Свирской М.В.  (фамилия, имя, отчество, адрес регистрации и проживания, контактные телефоны) |
|  |  |
| Прошу зачислить моего ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, в \_\_\_\_\_ класс с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ языком обучения Олехновичской средней школы Молодечненского района.  С Уставом учреждения ознакомлен(а).  Обязуюсь обеспечивать условия для получения образования и развития моего ребёнка, уважать честь и достоинство других участников образовательного процесса, выполнять требования учредительных документов, правил внутреннего распорядка для воспитанников, а также выполнять иные обязанности, установленные актами законодательства в сфере образования, локальными нормативными правовыми актами учреждения образования.  Даю согласие на проведение с моим ребёнком индивидуальной и групповой работы педагогом-психологом.  К заявлению прилагаю (нужное подчеркнуть):  Медицинскую справку о состоянии здоровья ребёнка.  Заключение государственного центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации.  Личную карточку учащегося (при переводе). | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (инициалы, фамилия) |