

Директору державної установи «Школа супергероїв»

(ініціали, прізвище)

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) одного з батьків (іншого законного представника), інших осіб, які діють від імені малолітньої або неповнолітньої дитини **або** особи яка досягла чотирнадцятирічного віку)

ЗАЯВА № _____
на отримання освітніх послуг від державної установи «Школа супергероїв»

Прошу про надання освітніх послуг у 20___/ 20___ навчальному році та про отримання послуг у канікулярний період _____

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) особи)

дата народження _____, клас/вік _____,

найменування, адреса закладу освіти, в якому виховується/навчається особа за місцем проживання:

Контакти представника закладу освіти (ПІБ, тел., посада) _____

**Ким Ви є для дитини та на підставі якого документу? (свідомство про народження, рішення про встановлення опіки (піклування) над дитиною) тощо вказати назву документа) *заповнюється якщо заяву надає один з батьків (інший законний представник), інша особа, яка діє від імені малолітньої або неповнолітньої дитини:*

Фактична адреса проживання дитини / особи яка досягла чотирнадцятирічного віку: _____

Засоби зв'язку (номер телефону, е-пошта, зручний месенджер) _____

_____ 20__ р.

(підпис)

У разі повторної госпіталізації прошу продовжити надання освітніх послуг:	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (ПІБ)
	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (ПІБ)
	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (ПІБ)
	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (ПІБ)

Заяву отримав _____
(ініціали, прізвище завідувача освітнього центру державної установи «Школа супергероїв»)

_____ 20__ р.

(підпис)

ДАНІ ПРО ДИТИНУ

Наведений нижче перелік запитань допоможе організувати освітній процес дитини відповідно до її індивідуальних потреб, особливостей розвитку, стану здоров'я та рекомендацій фахівців

Запитання	Відповідь (належне підкреслити)	
Чи є дитина внутрішньо переміщеною особою (ВПО)?	☐ Так	☐ Ні
Чи має дитина статус постраждалої внаслідок воєнних дій та збройних конфліктів?	☐ Так	☐ Ні
Чи потребує дитина допомоги в організації навчання в закладі освіти, де здобуває освіту?	☐ Так ☐ дистанційна форма здобуття освіти ☐ екстернатна форма здобуття освіти ☐ за формою педагогічного патронажу	☐ Ні
Чи має дитина особливі освітні потреби? *Будь ласка, надайте копію висновку про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку особи, наданого інклюзивно-ресурсним центром.	☐ Так *	☐ Ні
Чи потребує дитина перекладу жестовою мовою/ використання шрифту Брайля/ використання альтернативних засобів комунікації для сприйняття інформації на заняттях/уроках. Якщо так, укажіть, що саме _____	☐ Так	☐ Ні
Чи має дитина встановлену інвалідність?	☐ Так ☐ зумовлена захворюваннями ☐ зумовлена травмами (їх наслідками) ☐ зумовлена вродженими порушеннями	☐ Ні
Чи має дитина статус дитини-сироти, чи дитини, позбавленої батьківського піклування?	☐ Так	☐ Ні
Чи згодні Ви на проведення фото-, кіно-, теле- та відеозйомку дитини з інформаційною метою, зокрема висвітлення освітньої діяльності? *(Заповнюється батьками (одним із батьків) або законним представником).	☐ Так	☐ Ні
Чи згодні Ви на використання технічних засобів навчання (ТЗН) під час освітнього процесу? *(Заповнюється батьками (одним із батьків) або законним представником дитини дошкільного віку).	☐ Так	☐ Ні

Даю згоду на обробку персональних даних « _____ » 202__р. _____ (підпис)

Інформація, що заповнюється лікарем-куратором

Рекомендації лікаря-куратора (первинна госпіталізація)

За станом здоров'я може відвідувати заняття / уроків на день:	менше трьох ☐	три ☐	більше трьох ☐	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (ініціали, прізвище)
---	---	---------------------------------	--	--------------	----------------	----------------------------

Рекомендації лікаря-куратора (повторна госпіталізація)

За станом здоров'я може відвідувати заняття / уроків на день:	менше трьох ☐	три ☐	більше трьох ☐	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (ініціали, прізвище)
За станом здоров'я може відвідувати заняття / уроків на день:	менше трьох ☐	три ☐	більше трьох ☐	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (ініціали, прізвище)
За станом здоров'я може відвідувати заняття / уроків на день:	менше трьох ☐	три ☐	більше трьох ☐	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (ініціали, прізвище)
За станом здоров'я може відвідувати заняття / уроків на день:	менше трьох ☐	три ☐	більше трьох ☐	_____ (дата)	_____ (підпис)	_____ (ініціали, прізвище)