

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон: \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

З А Я В Л Е Н И Е № \_\_\_\_\_

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

Ф.И. О. (последнее при наличии) ребенка \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20 \_\_\_\_\_ года рождения,  
Свидетельство о рождении \_\_\_\_\_ выдано \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

на обучение по образовательной программе дошкольного образования, в группу  
общеразвивающей направленности детей 20 \_\_\_\_\_ года рождения,  
с режимом пребывания с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ .

Язык образования – русский, родной язык из числа народов России - \_\_\_\_\_.

Сообщаю следующие сведения:

Ф.И.О. матери (законного представителя) \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. отца (законного представителя) \_\_\_\_\_,

телефон \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Потребность в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребёнка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)

\_\_\_\_\_  
(имеется, не имеется)

Желаемая дата приёма на обучение: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Ознакомлен(а) с лицензией, на осуществление образовательной деятельности и Уставом МБДОУ ЦРР д/с №20 «Незабудка» г. Ставрополя, образовательными программами, и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников, размещёнными на сайте ДОУ.

Согласен(а) на обработку персональных данных родителей (законных представителей) ребенка и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Дата: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20 \_\_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_

регистрационный № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 20 \_\_\_\_\_ г.

подпись ответственного лица, принявшего заявление \_\_\_\_\_