

Заведующему МБДОУ ЦРР – д/с № 65
«Улыбка» г. Ставрополя
С.В.Тетериной
(Ф.И.О. руководителя учреждения)

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

Адрес регистрации: _____

Паспортные данные: _____

Заявление № _____

Прошу Вас зачислить моего ребенка _____
(Ф.И.О. ребенка)

_____ (дата рождения ребенка)

реквизиты свидетельства о рождении ребенка _____

в МБДОУ ЦРР –д/с № 65 «Улыбка» г. Ставрополя группу общеобразовательной направленности детей _____ года рождения.

Язык образования – русский.

Сообщаю следующие сведения:

Мать _____
(Ф. И. О. родителя (законного представителя))

_____ (контактные телефоны, адрес электронной почты родителя (законного представителя))

Отец _____
(Ф. И. О. родителя (законного представителя))

_____ (контактные телефоны, адрес электронной почты родителя (законного представителя))

Адрес места жительства ребенка, его родителей (законных представителей) _____

Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)

Необходимый режим пребывания ребенка _____

Желаемая дата приема на обучение _____

Копии документов хранятся в Учреждении на время обучения ребенка.

Ознакомлен с Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательными программами, Постановлением администрации города Ставрополя от 13.07.2023г. № 1544 «О закреплении территорий за муниципальными бюджетными и автономными дошкольными образовательными учреждениями города Ставрополя» и другими документами Учреждения.

/ _____ / _____ /

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

/ _____ / _____ /

Личная подпись родителей (законных представителей) / _____ / _____ /

« _____ » _____ 20 ____ г.