

Заведующему Муниципальным дошкольным образовательным бюджетным учреждением детский сад № 14 «Солнышко» Арсеньевского городского округа
Ребровой Нине Семёновне

Входящий № _____
От « _____ » _____ 2020 г.

МАТЬ _____
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя, (законного представителя) полностью)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

Заведующий _____ Н.С. Реброва

(домашний адрес, адрес электронной почты, контактный телефон)

ОТЕЦ _____
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя, (законного представителя) полностью)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(домашний адрес, адрес электронной почты, контактный телефон)

ОПЕКУН (при наличии) _____
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(домашний адрес, адрес электронной почты, контактный телефон)

(реквизиты документа, подтверждающего установление опеки)

Заявление.

Прошу зачислить моего ребенка _____
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

« _____ » _____ 20 _____ года рождения, родившегося в _____,
(место рождения)

свидетельство о рождении серия _____ № _____ проживающего _____
(место фактического проживания: индекс, город, улица, дом, квартира)

в Муниципальное дошкольное образовательное бюджетное учреждение детский сад № 14 «Солнышко» Арсеньевского городского округа в _____ с « _____ » _____ 2020 г.
(желаемая дата приема)
сроком на _____ лет.

« _____ » _____ 2020г. _____
(подпись)

С порядком приема ребенка в образовательную организацию, Уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, другими документами, регламентирующими образовательную деятельность дошкольной организации ознакомлен(а)

« _____ » _____ 2020 г. _____

С ведением образовательной деятельности на русском языке _____
(согласен/не согласен)

Направленность группы - общеразвивающая _____
(согласен/не согласен)

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) _____
(имеется/не имеется)

Режим пребывания ребенка в учреждении 10,5 часов _____
(согласен/не согласен, указать время желаемого пребывания)

На обработку своих персональных данных и данных ребенка согласен _____
ФИО _____ / _____ / _____