

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 25.03.2025г. № 676 «Об утверждении перечня территорий, закрепленных 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.