

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять в МБДОУ МО г. Краснодар «Детский сад № 179» моего ребенка:

_____ (Ф.И.О. ребенка)

_____ (адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка)

Дата рождения ребенка _____ Место рождения ребенка _____

Реквизиты свидетельства о рождении ребенка: серия _____ № _____
выдано (кем и когда) _____

В группу _____ направленности с _____ - часовым режимом
(общеразвивающей, компенсирующей)
пребывания, с « _____ » _____ г.
(желаемая дата приема на обучение)

Ф.И.О. родителей ребенка (законных представителей):

Ф.И.О. мать _____

Реквизиты док-та, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) ребенка: _____

Ф.И.О. отец _____

Реквизиты док-та, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) ребенка: _____

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии): _____

Контактные данные родителей (законных представителей) ребенка:

Мать телефон: _____, адрес электронной почты: _____

Отец телефон: _____, адрес электронной почты: _____

Ознакомлен(на) с Уставом МБДОУ, лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательными программами МБДОУ и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников и их родителей (законных представителей). _____ подпись _____ подпись

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

Да Нет _____ подпись _____ подпись

Выбираю для обучения по образовательным программам дошкольного образования языком образования русский, в том числе русский, как родной язык. _____ Подпись _____ Подпись

Расписку в получении документов, регистрационном номере заявления о приеме ребенка в образовательную организацию, перечень представленных документов, получил. Да Нет

Согласны на обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования. (Только для родителей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями здоровья). Да Нет

Дата « _____ » _____ г. Подпись мать _____ / _____ /

Подпись отец _____ / _____