

рег. № _____ от « ____ » _____ 20__ г

Заведующей МДОУ № 19
Бизяевой Марине Александровне
От родителя (законного представителя)

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

(паспортные данные)

Выдан _____

Заявление

Прошу зачислить моего(ю)сына(дочь) _____
(Ф.И.О. ребенка)

Дата рождения ребенка _____

Свидетельство о рождении: серия _____ номер _____, выдано _____,
(орган, дата выдачи)

Адрес места регистрации, прописки: _____,

Адрес места фактического проживания: _____,

Адрес электронной почты (при наличии) _____

на обучение по основной образовательной программе /адаптированной образовательной программе
дошкольного образования в группу с режимом пребывания полного дня.

Язык образования - _____, родной язык из числа языков народов России: _____

В Муниципальное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад №19 «Светлячок» в группу
общеразвивающей /комбинированной/компенсирующей направленности с «__» _____ 20__ г.

Ф.И.О. матери _____
(ФИО полностью, телефон, электронная почта)

Ф.И.О. отца _____
(ФИО полностью, телефон, электронная почта)

К заявлению прилагаются:

- копия свидетельства о рождении серия _____ № _____, выдано _____;
- копия свидетельства о регистрации № _____ по месту жительства на закрепленной территории,
выдано _____;
- копия паспорта родителя (законного представителей);
- медицинское заключение (карта) ребенка (Ф 026/у-2000 «Медицинская карта ребенка для образовательных
учреждений», утв. Приказом Минздрава России от 03.07.2000 № 241);
- заключение ПМПК (при наличии)
- документ, подтверждающий потребность в обучении в группе оздоровительной направленности (при
необходимости)
- копия документа, подтверждающего установление опеки (при наличии).

Для родителей (законных представителей) детей, являющихся иностранными гражданами или лицами без гражданства:

документ, подтверждающий родство заявителя (или законность представления прав ребёнка);

документ, подтверждающий право заявителя на пребывания в РФ.

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /

Потребность в обучении ребенка в группе оздоровительной направленности – имеется/не имеется

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /

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 –
_____ (имеется/не имеется)

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /

С Уставом ДОУ №19, Лицензией на осуществление образовательной деятельности, лицензией на осуществление
медицинской деятельности, с образовательными программами, Правилами приема в ДОУ, ознакомлен(а)

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /

Даю согласие ДОУ №19, зарегистрированному по адресу: Республика Марий Эл, г. Волжск, ул. Дружбы 25 Б,
ОГРН 1021202253160, ИНН 121 600 95 76 , на обработку моих персональных данных и персональных данных
моего ребенка, _____, _____ года
рождения в объеме, указанном в заявлении и прилагаемых документах, в целях обеспечения соблюдения
требований Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и иных
нормативных правовых актов сферы образования на срок действия договора об образовании по
образовательным программам дошкольного образования.

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /