

Руководителю _____
 родителя (законного представителя)
 фамилия _____
 имя _____
 отчество (при наличии) _____
 Документ, удостоверяющий личность: _____
 серия _____ № _____
 выдан когда _____ кем _____

Место жительства:
 Город _____ улица _____
 дом _____ корп. _____ кв. _____ Телефон _____
 E-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

| | |
|--|---|
| Прошу поставить на учет для направления в один из нижеперечисленных детских садов моего(ей) сына (дочери) _____ _____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата рождения) | |
| Реквизиты свидетельства о рождении | |
| Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии) | |
| адрес места жительства/пребывания/проживания (нужное подчеркнуть) ребенка: город _____, улица _____ дом _____ корп. _____ кв. _____. | |
| Сведения о втором родителе (законном представителе): фамилия _____ имя _____ отчество (при наличии) _____; адрес электронной почты: _____ телефон _____. | |
| Желаемая дата зачисления | _____. (указать дату) |
| Желаемые учреждения: | 1. _____ 2. _____ 3. _____ |
| Выбор языка образования: <u>русский</u> (с учетом языка, определенного локальным нормативным актом образовательного учреждения, реализующего основную образовательную программу дошкольного образования) | |
| Выбор направленности группы: <input type="checkbox"/> общеразвивающая, <input type="checkbox"/> компенсирующая, <input type="checkbox"/> оздоровительная, <input type="checkbox"/> комбинированная | |
| Выбор необходимого режима пребывания ребенка: <input type="checkbox"/> полный день, <input type="checkbox"/> кратковременное пребывание | |
| <input type="checkbox"/> | Согласие на группу кратковременного пребывания. |
| <input type="checkbox"/> | Согласие на посещение консультационно-методического пункта |
| <input type="checkbox"/> | Необходимость обучения ребенка по адаптированной образовательной программе (в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии) |
| <input type="checkbox"/> | Наличие права на специальные меры поддержки (гарантии) отдельных категорий граждан и их семей (при наличии) |

| | | | |
|---|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Наличие права преимущественного зачисления в _____ | | |
| | (указать наименование учреждения, которое посещает брат/сестра ребенка) | | |
| | (указать Фамилию Имя Отчество (последнее - при наличии) брата/сестры, посещающего одно из выбранных учреждений) | | |
| К заявлению прилагаю следующие документы: | 1. | _____ | |
| | 2. | _____ | |
| | 3. | _____ | |
| | 4. | _____ | |
| | 5. | _____ | |
| | 6. | _____ | |
| | 7. | _____ | |
| | 8. | _____ | |
| | 9. | _____ | |
| | 10. | _____ | |
| Дата _____ Подпись _____ | | | |
| <p>Я даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных своих и своего ребенка, а именно на сбор, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, передачу и уничтожение следующих персональных данных:</p> <ul style="list-style-type: none"> - данные свидетельства о рождении ребенка; - паспортные данные родителей (законных представителей); - данные, подтверждающие законность представления прав ребенка; - адрес регистрации и проживания ребенка и родителей (законных представителей), контактные телефоны родителей (законных представителей); | | | |
| выбранный способ направления результата услуги отметить знаком "X" | в виде бумажного документа | | в виде электронного документа |
| | При личном обращении | Почтовым отправлением | Посредством электронной почты |
| Способ направления результата услуги | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ (адрес электронной почты) |

Дата _____ Подпись _____