

Руководителю _____
 родителя (законного представителя) _____
 фамилия _____
 имя _____
 отчество (при наличии) _____
 Место жительства:
 Город _____ улица _____
 дом _____ корп. _____ кв. _____ Телефон _____
 E-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу восстановить на учете для направления в детский сад города Тюмени моего(ю) сына (дочь) _____ _____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата рождения)	
В связи с (нужное отметить знаком "X"):	
<input type="checkbox"/>	Изменением адреса регистрации по месту жительства (пребывания) _____ (указать новый адрес места жительства (пребывания))
<input type="checkbox"/>	Отсутствием (утратой) льготной категории, дающей право на внеочередное, первоочередное или преимущественное зачисление ребенка в Учреждение, предусмотренное действующим законодательством Российской Федерации
<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"/>	Другое _____ (указать причину)
и внести изменения в заявление о постановке на учет в подсистеме "Электронный детский сад" РЕГИСО.	
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. _____

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 _____