Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заведующему

МБДОУ « ЦРР – детский сад «Куобахчаан»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(документ, удостоверяющий личность, серия, номер,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

когда, кем выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Почтовый адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить моего ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения, место рождения, адрес проживания)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Центр развития ребенка – детский сад «Куобахчаан» муниципального района «Вилюйский улус (район)» Республики Саха (Якутия).

Приложения (нужное отметить):

1. Копия свидетельства о рождении ребёнка от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Копия документа, удостоверяющего личность - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(наименование документа)

1. Медицинское заключение (справка) о состоянии здоровья ребёнка (с указанием прививок) от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. № \_\_\_;
2. Медицинская карта ребенка
3. Доверенность на представление интересов родителей (законных представителей) ребёнка от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. № \_\_\_, (если опекун);
4. Копия заключения ПМПК; от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. № \_\_\_;
5. Справка от участкового врача о том, что ребёнок нуждается в посещении группы оздоровительной направленности от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. № \_\_\_.
6. Анкета (приложение №1 к заявлению)
7. Согласие на обработку персональных данных ребенка и родителей (законных представителей)

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

С Уставом, Лицензией, образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности ознакомлен (а)

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

Заявление принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность подпись расшифровка подписи

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г

.