

Руководителю Государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения центра развития-детского сада № 114 Адмиралтейского района Санкт-Петербурга Прищеповой В.В.

От _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя)

Адрес регистрации

(документ, удостоверяющий личность заявителя, (№, серия, дата выдачи, кем выдан))

(документ, подтверждающий статус законного представителя ребенка, (№, серия, дата выдачи, кем выдан))

Контактные телефоны, адрес эл. почты:

Количество детей в семье до 18 лет _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь)

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребенка)

(свидетельство о рождении ребенка (№, серия, дата выдачи, кем выдан))

(дата и место рождения)

(место регистрации ребенка)

(место проживания ребенка)

в Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение центр развития ребенка- детский сад № 114 Адмиралтейского района Санкт- Петербурга в группу общеразвивающей направленности, функционирующую в режиме _____ дня. Желаемая дата приема на обучение_____.

Язык образования _____.

С лицензией образовательного учреждения ГБДОУ центра развития ребенка-детский сад № 114 Адмиралтейского района Санкт-Петербурга (далее – ОУ) на право реализации образовательной деятельности, уставом ОУ, образовательной программой, реализуемой в ОУ, правилами внутреннего распорядка воспитанников, ознакомлен.

Дата _____

Подпись _____

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка _____ Ф.И.О. ребенка

Дата _____

Подпись _____

Даю согласие на обучение моего ребенка, _____, по образовательной программе дошкольного образования. Ф.И.О. ребенка

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 – да / нет.
(нужное подчеркнуть)

Дата _____

Подпись _____