| № | Заведующему муниципальным бюджетным дошкольным образовательным учреждением «Детский сад № 43 «Сказка» города Смоленска Ивановой Светлане Александровне |
|--|--|
| | родителя (законного представителя) |
| | Ф.И.О. (последнее - при наличии) |
| | реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) ребенка |
| | реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии) Телефон: |
| | е -mail: |
| ЗАЯВЛЕНИЕ Прошу зачислить моего ребенка | |
| Ф.И.О. (при наличии) ребенка, дата рождения | |
| место рождения ребенка проживающего по адресу (синдексом) ———————————————————————————————————— | |
| в муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 43 «Сказка» города Смоленска на обучение по образовательным программам дошкольного образования с в группу направленности в порядке перевода из МБДОУ «Детский сад № «». Желаемая дата приема на обучение: Необходимый режим пребывания 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 (при наличии) С Уставом МБДОУ «Детский сад № 43 «Сказка», со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников ознакомлен(а). | |
| Подпись Даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных моего ребенка, в порядке, установленном законодательством РФ. | |
| Прошу осуществлять обучение по образовательным программам дошкольного образования на родном языке. | |
| «»20г. | подпись |