
фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) родителя (законного представителя) ребенка

Заявление № _____

Прошу принять на обучение по образовательным программам дошкольного образования моего ребёнка

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка, дата рождения ребенка,

реквизиты свидетельства о рождении ребенка

адрес места жительства(места пребывания, место фактического проживания) ребенка

в Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад «Чебурашка» села Кривополянье Чаплыгинского муниципального района Липецкой области Российской Федерации

с _____ года.

(желаемая дата приема на обучение)

Сведения о родителях (законных представителях) ребенка:

Мама:

(ФИО, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес электронной почты контактный телефон)

Папа:

(ФИО, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес электронной почты контактный телефон)

ФИО (последнее при наличии) братьев и (или) сестер, проживающих в одной с ним семье и имеющих общее с ним место жительства, обучающихся в ОО, выбранной родителем (законным представителем) для приёма ребёнка _____

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)

Ознакомлен (на) с уставом ДОУ, лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательными программами ДОУ и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников.

В целях реализации прав, установленных частью 4 статьи 14, частью 3 статьи 44 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», прошу предоставить возможность получения моим ребенком дошкольного образования в группе общеразвивающей направленности

(направленность дошкольной группы)

на родном _____ языке из числа языков

указать язык

народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка.

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) _____

Режим пребывания ребенка 07.00 до 17.30.

Желаемая дата приёма на обучение _____

« ____ » _____ 20 ____ г. подпись _____ подпись _____