

Заведующей муниципальным бюджетным дошкольным образовательным учреждением детским садом общеразвивающего вида № 35 «Дельфин» Бугульминского муниципального района Республики Татарстан Каримовой Розалии Миннуловне

ФИО родителей (законных представителей) ребёнка

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего (мою) сына (дочь), подопечного

с « _____ » _____ 20 ____ г. Дата рождения _____
(фамилия, имя, отчество ребёнка)
(желаемая дата приёма в детский сад)

в _____ группу общеобразовательной направленности с 12 часовым режимом пребывания

Свидетельство о рождении ребёнка: _____ № _____ дата выдачи _____

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребёнка,

Данные о родителях (законных представителях):

Мать (Ф.И.О.)

Адрес электронной почты (при наличии), телефон: _____

Отец (Ф.И.О.)

Адрес электронной почты (при наличии), телефон: _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя):

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки

« _____ » _____ 20 ____ г. Подпись: _____ / _____ / _____

Родитель (законный представитель) ознакомлен(а) со следующими документами:

Устав образовательного учреждения Дата: _____ Подпись: _____

Лицензия на право ведения образовательной деятельности Дата: _____ Подпись: _____

Основная общеобразовательная программа дошкольного образования Дата: _____ Подпись: _____

Административным регламентом предоставления муниципальной услуги Дата: _____ Подпись: _____

Правилами внутреннего распорядка воспитанников и их родителей (законных представителей) Дата: _____ Подпись: _____

Положением о языках обучения Дата: _____ Подпись: _____

Постановление о закреплении ДОО Дата: _____ Подпись: _____

Выбор языка образования:

_____ (родной русский язык или родной татарский язык) (нужное вписать)

_____ / _____ / _____
дата, подпись, расшифровка подписи (законных представителей) ребёнка

Даю согласие на обработку своих персональных данных и данных своего ребенка в целях образования

_____ / _____ / _____
дата, подпись, расшифровка подписи (законных представителей) ребёнка

Даю согласие на психолого – педагогическую, медицинскую и социальную помощь своему ребёнку

_____ / _____ / _____
дата, подпись, расшифровка подписи (законных представителей) ребёнка

Потребность в обучении ребенка по адаптивной 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) - (нужное подчеркнуть)

_____ / _____ / _____
дата, подпись, расшифровка подписи (законных представителей) ребёнка