

Директору МАУ Бердюжского района ДО детский сад  
«Малышок» \_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

родителя (законного представителя)

фамилия \_\_\_\_\_

имя \_\_\_\_\_

отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Место жительства:

Населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять в \_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

Режим полного дня, режим кратковременного пребывания, группа кратковременного пребывания (нужное подчеркнуть)

Выбор языка образования: \_\_\_\_\_ (с учетом языка, определенного локальным нормативным актом учреждения, реализующего основную образовательную программу дошкольного образования)

моего(ю) сына (дочь) \_\_\_\_\_

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

Реквизиты свидетельства о рождении: \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)

место жительства/пребывания/проживания (нужное подчеркнуть) ребенка:

населенный пункт \_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_.

Сведения о втором родителе (законном представителе):

фамилия \_\_\_\_\_ имя \_\_\_\_\_

отчество (при наличии) \_\_\_\_\_; адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

место жительства: населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_.

С уставом учреждения, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, основными образовательными программами, реализуемыми учреждением, и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников \_\_\_\_\_

(перечислить документы, регламентирующие организацию образовательного процесса), с информацией о сроках приема документов, приказом о закреплении образовательных организаций за конкретными территориями, ознакомлен(а), в том числе через официальный сайт учреждения.

Выбор направленности группы:

общеразвивающая, компенсирующая,  
оздоровительная, комбинированная

Необходимость обучения ребенка по адаптированной образовательной программе (в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)			
выбранный способ направления результата услуги отметить знаком «X»	в виде бумажного документа		в виде электронного документа
	При личном обращении	Почтовым отправлением	Посредством электронной почты
Способ направления результата услуги			_____ (адрес электронной почты)

\_\_\_\_\_ (дата)                      \_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

\_\_\_\_\_ (дата)                      \_\_\_\_\_ (подпись второго родителя (законного представителя))

<p>Я даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных своих и своего ребенка, а именно на сбор, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, передачу и уничтожение следующих персональных данных:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. _____</li> <li>2. _____</li> <li>3. _____</li> </ol> <p>_____</p>	<p>_____ (дата)                      _____ (подпись заявителя)</p>
---	--