

Заведующему МБДОУ г. Астрахани № 49

Т.В. Журавлевой

от _____

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

Документ _____ № _____ выдан _____

тел. _____

Email: _____

Заявление

Прошу Вас зачислить моего ребенка _____

(фамилия имя отчество полностью)

« _____ » _____ 20 ____ года рождения, _____

(место рождения)

В _____

(наименование организации)

Фамилия, имя, отчество родителей (законных представителей) ребенка:

(реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии))

Адрес места жительства ребенка: _____

Адрес места жительства, номер телефона и Email родителей (законных представителей):

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) _____

(имеется/не имеется)

С Уставом образовательной организации, лицензией на осуществление образовательной деятельности и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, ознакомлен _____.

Прилагаемые документы (перечислить):

1. медицинское заключение о состоянии здоровья ребенка (медицинская карта ф-026/у)
2. согласие на обработку персональных данных
3. _____
4. _____
5. _____

« _____ » _____ Г

Дата

подпись

Расшифровка