

Заявление

Прошу зачислить моего ребёнка _____

Ф.И.О. ребёнка дата и место рождения, реквизиты свидетельства о рождении ребёнка

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

в муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение города Костромы
«Детский сад №17», в _____ группу _____ направленности с
(общеразвивающей, компенсирующей, комбинированной направленности – выбрать нужное)
« _____ » _____ 20 _____ г. с 12-часовым режимом пребывания

Родители (законные представители) ребёнка:

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) _____

Реквизиты документа удостоверяющего личность _____

Адрес электронной почты _____

Номер телефона _____

Реквизиты документа подтверждающие установление опеки (при наличии) _____

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) _____

Реквизиты документа удостоверяющего личность _____

Адрес электронной почты _____

Номер телефона _____

Реквизиты документа подтверждающие установление опеки (при наличии) _____

Сведения о выборе языка образования, родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка _____

Сведения о потребности в обучении ребёнка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребёнка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии) _____

С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, локальными актами, правами и обязанностями воспитанников ознакомлен(а).

С Положением о защите, хранении, обработке и передаче персональных данных воспитанников муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения города Костромы «Детский сад №17» ознакомлен (а)

Даю согласие на обработку персональных данных законных представителей ребёнка и персональных данных ребёнка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Дата

подпись

(расшифровка)

Дата

подпись

(расшифровка)

Заведующему Детским садом № 17
города Костромы Голубевой М.Н. от

Информирование

Информирую об индивидуальных потребностях и особенностях моего ребенка _____,

Ф.И.О. ребёнка дата рождения

связанных с его жизненной ситуацией и состоянием здоровья, об особенностях организации питания, определяющих особые условия получения им образования о состоянии здоровья ребёнка: _____

Дата

подпись

(расшифровка)