

**Заведующему**

МДОУ «Детский сад № 15 комбинированного вида»

(наименование образовательной организации)

Г.Ю. Мельник

(фамилия, имя, отчество руководителя)

от

Фамилия: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

(родителя (законного представителя) ребенка)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) ребенка:

\_\_\_\_\_

(наименование документа, №, серия, дата выдачи, кем выдан)

Регистрационный № \_\_\_\_\_

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Номер телефона (при наличии): \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии): \_\_\_\_\_

### **Заявление**

#### **о приеме на обучение по образовательным программам дошкольного образования**

Прошу принять \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребёнка)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года рождения, в группу \_\_\_\_\_ направленности

(вписать направленность группы: общеразвивающей / компенсирующей)

на обучение по \_\_\_\_\_ образовательной программе

(основной/ адаптированной)

с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Необходимый режим пребывания ребёнка: \_\_\_\_\_

(указывается режим пребывания: полного дня (10,5-12 часов),

сокращенного дня (8-10 часов), продленного дня (13-14 часов),

кратковременного пребывания (до 5 часов), круглосуточного пребывания)

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

(№, серия, дата выдачи, кем выдан, номер актовой записи)

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребёнка: \_\_\_\_\_

Сведения о втором родителе:

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

(родителя (законного представителя) ребенка)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность второго родителя (законного представителя) ребёнка:

\_\_\_\_\_  
*(наименование документа, №, серия, дата выдачи, кем выдан)*

Номер телефона (при наличии): \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

Потребность в обучении ребёнка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребёнка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии):  
имеется / не имеется *(нужное подчеркнуть)*

Сведения о выборе языка образования моего ребёнка:

\_\_\_\_\_  
*(указать язык образования в соответствии с реализуемой образовательной программой, в порядке, установленном законодательством об образовании и локальным нормативным актом образовательной организации)*

Сведения о выборе родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка, иностранного (при наличии):

\_\_\_\_\_  
*(указать язык обучения и воспитания в соответствии с реализуемой образовательной программой, в порядке, установленном законодательством об образовании и локальным нормативным актом образовательной организации)*

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Подпись (расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Подпись (расшифровка подписи)

С Уставом организации, осуществляющей образовательную деятельность, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности (лицензией на осуществление образовательной деятельности), с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников, используемыми методами обучения и воспитания, образовательными технологиями ознакомлен (а):

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Подпись (расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Подпись (расшифровка подписи)

Согласен(на) на обработку моих персональных данных и персональных данных ребёнка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации:

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Подпись (расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Подпись (расшифровка подписи)