
должность, наименование организации

ФИО руководителя организации

(фамилия, имя, отчество родителя (законного
представителя), адрес места жительства
(регистрации) контактный телефон, e-mail)

ЗАЯВЛЕНИЕ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ В ДОО

Регистрационный номер _____

« ____ » _____ 202 ____ года

Прошу поставить на учет для направления в образовательную организацию, реализующую образовательную программу дошкольного образования, моего ребенка

Дата _____ рождения:

Свидетельство о рождении ребенка: серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания ребенка):

Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителей(законных представителей):

Документ, удостоверяющий личность родителя: _____ серия _____ номер _____ дата выдачи _____

кем выдан: _____

Телефоны родителей (законных представителей): _____

e-mail _____

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки,(при наличии) _____

Язык образования _____ . Родной язык из числа языков народов Российской Федерации _____

Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) восздании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации _____

(указать потребность/ отсутствует)

Наличие права на специальные меры поддержки (гарантии) отдельных категорий граждан и их семей на внеочередное (первоочередное) предоставление места в образовательной организации, реализующей образовательную программу дошкольного образования,

(указать право/ отсутствует)

Направленность группы _____

Необходимый режим пребывания ребенка в ДОО _____

Желаемая дата приема на обучение - « ____ » _____ 20 ____ года.

Ребенок _____ имеет _____ право _____ преимущественного _____ приема _____ в _____, которую посещает брат/сестра: _____ .

Список образовательных организаций, реализующих основную образовательную программу дошкольного образования, в порядке убывания приоритетов сверху вниз:

1. _____
2. _____
3. _____

Способ информирования о результатах предоставления Услуги

по телефону по e-mail

_____ «____» _____ 202__ года
(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

Подпись специалиста (работника), принявшего заявление:

_____ «____» _____ 202__ года
(подпись) (расшифровка подписи) (дата)