

индивидуальный номер заявления \_\_\_\_\_

Заведующему МБДОУ д/с № 20 пос. Кубань  
Лиманской С.Ю.

\_\_\_\_\_  
ФИО родителя (законного представителя)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о приеме в образовательную организацию

Прошу принять моего ребёнка \_\_\_\_\_

(фамилия имя отчество (последнее при наличии) ребёнка без сокращений)

Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.; место рождения \_\_\_\_\_  
в \_\_\_\_\_ на обучение по основной образовательной программе дошкольного образования  
МБДОУ д/с №20 пос.Кубань муниципального образования Гулькевичский район  
(указать краткое наименование организации)  
с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Свидетельство о рождении; серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г., № акта \_\_\_\_\_

Место гос. регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства ребёнка (адрес по свидетельству о регистрации с указанием индекса) \_\_\_\_\_

Адрес места фактического проживания ребенка \_\_\_\_\_

Сведения о родителях (законных представителях):

Мама: \_\_\_\_\_

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

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г., код подразделения \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_

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

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ № телефона (при наличии) \_\_\_\_\_

Папа: \_\_\_\_\_

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

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г., код подразделения \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_

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

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ № телефона (при наличии) \_\_\_\_\_

Язык образования (отметить):

Русский

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

(указать, если иной)

Направленность группы (выбрать):

<input type="checkbox"/>	общеразвивающая
<input type="checkbox"/>	компенсирующая
<input type="checkbox"/>	комбинированная
<input type="checkbox"/>	оздоровительная

Режим пребывания (выбрать):

<input type="checkbox"/>	12 ч
<input type="checkbox"/>	5 ч
<input type="checkbox"/>	4 ч
<input type="checkbox"/>	10ч

В создании специальных условий для организации обучения и воспитания моего в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии) \_\_\_\_\_ (нуждаюсь/не нуждаюсь).

Детский сад посещают: \_\_\_\_\_

(Фамилия(-ни), имя (имена), отчество(-а) (последнее - при наличии) братьев и (или) сестер, посещающий данную образовательную организацию)

Дата подачи заявления: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022

г. \_\_\_\_\_

(подпись родителя (законного представителя))

Я подтверждаю ознакомление с Уставом Организации, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, учебно - программной документацией (ОП ДО, АОП ДО в соответствии с направленностью группы) и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями воспитанников

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

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

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

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребёнка в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации

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

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

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

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат 603332450510203670830559428146817986133868575789

Владелец Лиманская Саглар Юрьевна

Действителен с 20.12.2021 по 20.12.2022