

Заведующему МДОБУ «Васкеловский ДСКВ»

регистрационный номер № _____

от _____
(указать полностью Ф.И.О. законного представителя ребенка)

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего
личность заявителя, №, серия, дата выдачи, кем выдан)

(реквизиты документа, подтверждающего установление
опеки, при наличии)

Номер телефона: _____
Адрес электронной почты (при наличии): _____

Заявление

о приеме на обучение по образовательным программам дошкольного образования

Прошу принять _____
(ФИО ребенка (последнее – при наличии), дата рождения)

(свидетельство о рождении ребенка (№, серия, дата выдачи, кем выдан, номер актовой записи, реквизиты
документа, подтверждающего установление опеки (при наличии))

(адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка)

в группу _____ направленности для детей _____ лет
_____ общеразвивающая, компенсирующая
с _____ 202 г. Необходимый режим пребывания ребенка: _____
(желаемая дата приема) (указывается режим пребывания)

Сведения о втором родителе:

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя, №, серия, дата выдачи, кем выдан)

Номер телефона (при наличии): _____
Адрес электронной почты (при наличии): _____

Сведения о потребности в обучении 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: имеется/не имеется
(нужное подчеркнуть)

(в случае наличия потребности указывается вид адаптированной программы)

