Форма заявления о зачислении в учреждение

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заведующему | | | |
|  | | | |
| (указать название учреждения) | | | |
|  | | | |
| от | | | |
|  | | | |
| (фамилия, имя, отчество (последнее –  при наличии) заявителя)\* | | | |
| проживающего по адресу\*: | | |  |
|  | | | |
| телефон (сотовый): | |  | |
| е-mail: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, | , | |
| (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)\* | | |
| являясь родителем (законным представителем) | |  |
|  | | |

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) и дата рождения ребенка)\*

реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(документ, номер, кем выдан, когда выдан)\*

проживающего по адресу\*(адрес места жительства, места пребывания, места фактического проживания ребенка): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| , |
| (город, улица, дом, корпус, квартира)  свидетельство о рождении ребенка\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (серия, номер, кем выдано, когда выдано)\* |

прошу зачислить моего ребенка в муниципальное дошкольное образовательное учреждение для обучения по образовательной программе дошкольного образования:

в группу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ направленности (указать):

(общеразвивающая, компенсирующая, оздоровительная)

в группу компенсирующей направленности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать вид компенсирующей группы)\*

на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер, дата, кем выдано, срок действия)\*

в группу оздоровительной направленности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать вид оздоровительной группы)\*

на основании заключения медицинской комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(номер, дата, кем выдано,

срок действия)\*

Желаемая дата зачисления в образовательное учреждение для обучения по образовательной программе дошкольного образования\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Выбор языка образования по образовательной программе дошкольного образования из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать)\*.

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ   
«Об образовании в Российской Федерации» я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

заявляю о потребности в обучении моего ребенка по адаптированной программе дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии   
с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Поля, обязательные для заполнения.