

фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) родителя (законного представителя) ребенка

**Заявление № \_\_\_\_\_**

Прошу принять на обучение по образовательным программам дошкольного образования моего ребёнка

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка, дата рождения ребенка,

\_\_\_\_\_ реквизиты свидетельства о рождении ребенка

\_\_\_\_\_ адрес места жительства(места пребывания, место фактического проживания) ребенка

в Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад «Светлячок» города Чаплыгина Чаплыгинского муниципального района Липецкой области Российской Федерации

с \_\_\_\_\_ года.

(желаемая дата приема на обучение)

Сведения о родителях (законных представителях) ребенка:

**Мама:** \_\_\_\_\_

(ФИО, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес электронной почты контактный телефон)

**Папа:** \_\_\_\_\_

(ФИО, реквизиты документа, удостоверяющего личность, адрес электронной почты контактный телефон)

\_\_\_\_\_ ФИО (последнее при наличии) братьев и (или) сестер

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

Ознакомлен (на) с уставом ДОУ, лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательными программами ДОУ и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников.

В целях реализации прав, установленных частью 4 статьи 14, частью 3 статьи 44 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», прошу предоставить возможность получения моим ребенком \_\_\_\_\_ дошкольного образования

(направленность дошкольной группы)

на родном \_\_\_\_\_ языке из числа языков

указать язык

народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка.

Потребность в обучении ребенка 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 (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Режим пребывания ребенка

Согласен (на) на обработку путем сбора, хранения, использования, передачи, уничтожения моих персональных данных, а также персональных данных моего ребенка с момента зачисления ребенка в МБДОУ д/с «Светлячок» г. Чаплыгина до момента выбытия ребенка из учреждения в порядке, установленном законодательством РФ.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.   подпись \_\_\_\_\_   подпись \_\_\_\_\_

