

Заведующему МАДОУ детского сада № 299

Д.В. Жариковой

от \_\_\_\_\_

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

проживающего по адресу\*: \_\_\_\_\_

телефон (сотовый): \_\_\_\_\_

e-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 \_\_\_\_\_

(общеразвивающая, компенсирующая, оздоровительная)

\_\_\_\_\_ для детей в возрасте от \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ лет

направленности:

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 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

Расшифровка \_\_\_\_\_

\* Поля, обязательные для заполнения