

Заведующему
Государственным бюджетным
дошкольным образовательным учреждением
детским садом № 49 комбинированного вида
Центрального района Санкт-Петербурга
Прокофьевой Александре Васильевне

от

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) заявителя)
адрес _____
регистрации _____

(документ, удостоверяющий личность заявителя (N, серия, дата выдачи, кем выдан))

(документ, подтверждающий статус законного представителя ребенка (N, серия, дата выдачи, кем выдан))
Контактный
телефон _____

Заявление

Прошу принять моего ребенка (дочь, сына) _____

(фамилия, имя, отчество ребенка полностью (последнее при наличии))

(свидетельство о рождении ребенка (N, серия, дата выдачи, кем выдан))

(дата и место рождения)

(место регистрации ребенка)

(место проживания ребенка)

в Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 49 комбинированного вида Центрального района Санкт-Петербурга (далее – Образовательное

учреждение) в группу

_____ ,
(вид группы)

язык обучения – русский,

с _____ .
(число, месяц, год)

С лицензией Образовательного учреждения на право осуществления образовательной деятельности, уставом Образовательного учреждения, осуществляющей образовательную деятельность по реализации образовательной программы дошкольного образования, образовательной программой, реализуемой в Образовательном учреждении, правилами внутреннего распорядка воспитанников, локальными актами Образовательного учреждения ознакомлен(а).

(дата)

(подпись)

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка

(Фамилия И.О. ребенка)

(дата)

(подпись)

Даю согласие на обучение моего ребенка

(Фамилия И.О. ребенка)

по Образовательной программе дошкольного образования, адаптированной для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (для детей с тяжелым нарушением речи).

(дата)

(подпись)