

Начальнику Управления образования Администрации  
Конаковского муниципального округа

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_  
родителя (законного представителя) полностью)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(поселение,

\_\_\_\_\_  
улица, дом, квартира)

\_\_\_\_\_  
реквизиты документа,

\_\_\_\_\_  
удостоверяющего личность родителя  
(законного представителя)

заявление.

Прошу предоставить место в МБДОУ детском саду № \_\_\_\_\_  
(№, поселение)

моему ребёнку \_\_\_\_\_.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребёнка, дата рождения ребёнка (число, месяц, год))

Согласны на МБДОУ детский сад № \_\_\_\_\_.

Желаемая дата приёма на обучение: \_\_\_\_\_

Реквизиты записи акта о рождении ребенка или свидетельства о рождении ребёнка

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

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания ребёнка):

\_\_\_\_\_  
(поселение, улица, дом, квартира)

Принадлежность к льготным категориям \_\_\_\_\_

Фамилия(-ии), имя (имена), отчество(а) (при наличии) брата и(или) сестры (полнородных и неполнородных, усыновленных (удочерённых), детей, опекунами (попечителями) которых являются родители (законные представители) несовершеннолетнего, или детей, родителями (законными представителями) которых являются опекуны (попечители) несовершеннолетнего), которые обучаются в выбранном для приёма несовершеннолетнего детском саду (при наличии) \_\_\_\_\_.

Выбор языка образования: русский язык, родной язык из числа языков народов Российской Федерации \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть).

Необходимый режим пребывания ребёнка: полного дня (12-тичасового пребывания), кратковременного пребывания \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть).

Потребность в обучении ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, имеющего заключение психолого-медико-педагогической комиссии, по адаптированной программе дошкольного образования и(или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребёнка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии) \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть).

Направленность дошкольной группы: общеразвивающая, компенсирующая, комбинированная, \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть).

При предоставлении места в детском саду не по месту жительства ребёнка очередность не сохраняется.

Дата

Подпись

Сведения о родителях (законных представителях):

- Мать: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)),  
\_\_\_\_\_ (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии))

Даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных и персональных данных ребёнка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

\_\_\_\_\_ Подпись

\_\_\_\_\_ Расшифровка

- Отец: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)),  
\_\_\_\_\_ (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии))

Даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных и персональных данных ребёнка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

\_\_\_\_\_ Подпись

\_\_\_\_\_ Расшифровка

- Опекун: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)),  
\_\_\_\_\_ (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии))

Даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных и персональных данных ребёнка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

\_\_\_\_\_ Подпись

\_\_\_\_\_ Расшифровка