Директору ДО АНО «ПДС «Введенский» Гавриловой Е.В.

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

ЗАЯВЛЕНИЕ.

 Прошу поставить на учет моего ребенка, нуждающегося в предоставлении места в образовательной организации, реализующей образовательные программы дошкольного образования.

 Сведения о ребенке:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия  |  |
| Имя  |  |
| Отчество (при наличии) |  |
| Дата рождения (день, месяц, год) |  |
| Реквизиты свидетельства о рождении (серия, номер, кем выдано, дата выдачи) |  |
| Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания (край (область), район (округ), населенный пункт, улица, № дома, корпус, квартира) |  |

 Сведения о родителях (законных представителях) ребенка:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия  |  |
| Имя  |  |
| Отчество (при наличии) |  |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность  |  |
| Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии) |  |
| Адрес электронной почты (при наличии) |  |
| Номер телефона (при наличии) |  |

Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования \_\_\_\_\_\_\_ *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(имеется/отсутствует)*

Потребность в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 *(имеется/отсутствует)*

Направленность дошкольной группы\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (общеразвивающая, компенсирующая)

Желаемая дата приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (число, месяц, год)

 Наличие права на специальные меры поддержки (гарантии) отдельных категорий граждан и их семей \_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать льготу (право на внеочередное (первоочередное)

 предоставление места в дошкольной образовательной организации)

Уведомление выдано:

|  |  |
| --- | --- |
|  | лично *(поставить любой знак в квадрате)* |
|  |  |
|  | с обработкой персональных данных согласен (согласна). |

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление принял специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *( фамилия, имя, отчество, подпись)*

Индивидуальный номер заявления:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_