|  |
| --- |
| и.о. заведующего  |
| МБДОУ – детский сад № 55 Кругликовой Н.А |
| (указать название учреждения)от |
| (фамилия, имя, отчество (последнее –при наличии) заявителя)\* |
|  |
| проживающего по адресу\*: |
| Телефон (сотовый) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| е-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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ направленности (указать):

 (общеразвивающая, компенсирующая, оздоровительная)

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\* (подпись)\*