ЗАЯВЛЕНИЕ

№ \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о приеме детей дошкольного возраста

для зачисления в муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение

«Центр развития ребенка - детский сад № 5 «Рябинка»

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО родителя (законного представителя)*

Адрес места жительства ребенка и его родителей (законных представителей):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается адрес учета по месту жительства (месту пребывания)*

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа,  удостоверяющего личность заявителя | |  | Кем выдан |  |
| Номер документа |  | | Дата рождения |  |
| Дата выдачи |  | | Место рождения |  |

**Прошу зачислить моего ребенка**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество ребенка)*

В(о) \_младшую\_ группу № \_» Колокольчик» *общеразвивающей* направленности

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа,  удостоверяющего личность ребенка | |  | Кем выдан |  |
| Номер документа |  | | Дата рождения |  |
| Дата выдачи |  | | Место рождения |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность** (паспорт или иной документ) | Подпись специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **К заявлению прилагаю следующие документы**: | |
| 1. Свидетельство о рождении ребенка (копия) |  |
| 1. Согласие на обработку персональных данных воспитанника |  |
| 1. Медицинская карта ребенка |  |
|  |  |

С Уставом МАДОУ, лицензией, Основной образовательной программой МАДОУ ознакомлен (а):

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (расшифровка подписи )*

***Обязуюсь сообщать об обстоятельствах, влекущих прекращение оказания муниципальной услуги***.

Познакомиться с деятельностью ДОУ, оставить свои пожелания можете на сайте: <http://ds5edushd.ru>