ЗАЯВЛЕНИЕ

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

о приеме детей дошкольного возраста

для зачисления в муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение

Детский сад № 1 «Мамонтенок»

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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группу № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *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 МБДОУ, лицензией, Основной образовательной программой МБДОУ ознакомлен (а):

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

 *(подпись) (расшифровка подписи )*

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