

Заведующему муниципальным бюджетным
дошкольным образовательным учреждением
г. Астрахани «Детский сад № 120»
Самитовой Наталье Николаевне

от _____

Ф.И.О. (полностью) родителя (законного представителя) ребенка

Заявление

Прошу Вас зачислить моего ребенка _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью)
« _____ » _____ 20 _____ года рождения, свидетельство о рождении ребенка _____

(реквизиты свидетельства о рождении ребенка)
в группу общеразвивающей/ компенсирующей/ комбинированной/ оздоровительной
(нужное подчеркнуть)
направленности с _____ - часовым режимом пребывания ребенка с « _____ »
_____ 20 _____ года.
(желаемая дата приема)

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) родителей (законных представителей)
ребенка: _____

(реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя))

(реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии))

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

Адрес электронной почты, номер телефона (при наличии) родителей (законных представителей)
ребенка:

Язык образования _____

Родной язык из числа языков народов Российской Федерации (в том числе русский язык как
родной язык) _____

Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной 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) _____

(имеется/не имеется)

(при наличии указать потребность)

С Уставом образовательной организации, лицензией на осуществление образовательной
деятельности (№1182-Б/С от 03.02.2015 г.) и другими документами, регламентирующими
организацию и осуществление образовательной деятельности, ознакомлен.

Прилагаемые документы (перечислить):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись заявителя)