

Заведующему Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада компенсирующего вида второй категории № 9

(наименование образовательного учреждения, реализующего адаптированную образовательную программу дошкольного воспитания в соответствии с Уставом)

Меркуловой Валентине Николаевне

(Фамилия, И.О. руководителя)

Родителя (законного представителя) ребенка

(Фамилия, имя, отчество родителей (законных представителей ребенка) полностью)

Адрес: _____

(места жительства ребенка, его родителей законных представителей)

Контактный телефон родителей (законных представителей)ребенка

Телефон дом. _____

Телефон мобильный _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка

(Фамилия имя отчество ребенка полностью)

(дата и место рождения ребенка)

в Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад компенсирующего вида второй категории № 9

(полное название образовательного учреждения реализующего адаптированную основную общеобразовательную программу дошкольного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с Уставом)

К заявлению прилагаю следующие документы:

- направление органа местного самоуправления;
- рекомендации городской психолого – медико- педагогической комиссии;
- оригинал документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) ребенка;
- медицинское заключение о состоянии здоровья ребенка ;
- оригинал свидетельства о рождении ребенка или документ подтверждающий родство заявителя (или законного представителя прав ребенка);
- свидетельство о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания на закрепленной территории или документ, содержащий сведения о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания;

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, уставом ДОУ

ознакомлены: _____/_____/_____ / _____/_____ /_____ /_____ /_____ /_____ /

« _____ » _____ 20 ____ г.