

Заведующему МБДОУ «Детский сад № 1
г.Феодосии Республики Крым»
Богонос Н.В.
(Ф.И.О. заведующего ДОУ)

(Ф.И.О. заявителя полностью)
зарегистрированного по адресу: _____

проживающего по адресу _____

документ, удостоверяющий личность заявителя

серия _____ N _____
кем выдан _____

дата выдачи _____
контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка _____

(фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка)

свидетельство о рождении ребенка: серия _____ № _____
кем выдано _____

дата выдачи _____

в Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
«Детский сад №1 г.Феодосии Республики Крым» на обучение по
образовательной программе дошкольного образования в группу
_____ направленности с режимом пребывания полного
дня (10,5 часов) с _____.
(желаемая дата приема на обучение)

Адрес фактического проживания ребенка _____

Ф.И.О. матери, телефон, адрес электронной почты _____

Ф.И.О. отца, телефон, адрес электронной почты _____

Документ, подтверждающий установление опеки (при наличии) _____

Язык образования _____,
родной язык из числа языков народов РФ _____.

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 реабилитацией инвалида (при наличии) _____

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, уставом ДООУ, основными образовательными программами, реализуемыми ДООУ и другими локальными актами размещенными на сайте дошкольного образовательного учреждения, ознакомлен(а) _____

(подпись заявителя)

_____ 20 ____ г. / _____
(дата) *(подпись)* *(Ф.И.О. заявителя)*