

**Заявление**  
**о приеме на обучение по образовательным программам дошкольного образования**

Регистрационный  
номер \_\_\_\_\_

Руководителю МБДОУ №16 «Детский сад»  
г.Кингисеппа

*(наименование образовательной организации)*

Мулиной Е.Н.

*(ФИО руководителя)*

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(ФИО (последнее – при наличии) родителя (законного представителя))*

\_\_\_\_\_  
*(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя, №, серия, дата выдачи, кем выдан)*

\_\_\_\_\_  
*(реквизиты документа, подтверждающего установление опеки, при наличии)*

Номер телефона (при наличии):

Адрес электронной почты (при наличии):

Прошу принять в порядке перевода из МБДОУ № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(ФИО ребенка (последнее – при наличии), дата рождения)*

\_\_\_\_\_  
*(свидетельство о рождении ребенка (№, серия, дата выдачи, кем выдан, номер актовой записи, реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии))*

\_\_\_\_\_  
*(адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка)*

в группу компенсирующей \_\_\_\_\_ направленности с \_\_\_\_\_  
*(направленность группы: общеразвивающая, компенсирующая, комбинированная, оздоровительная) (желаемая дата приема)*

Необходимый режим пребывания ребенка: 10,5 часов / 12 часов \_\_\_\_\_  
*(указывается режим пребывания)*

Сведения о втором родителе:

\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))*

\_\_\_\_\_  
*(наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя, №, серия, дата выдачи, кем выдан)*

Номер телефона (при наличии): \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

Сведения о потребности в обучении 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: имеется/не имеется

*(нужное подчеркнуть)*

по адаптированной образовательной программе для детей с тяжёлыми нарушениями речи / по адаптированной образовательной программе для детей с задержкой психического развития \_\_\_\_\_

*(в случае наличия потребности указывается вид адаптированной программы) (нужное подчеркнуть)*

Согласен на обучение/на обучение ребенка по адаптированной образовательной программе (в случае необходимости обучения по адаптированной образовательной программе);

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_

Сведения о выборе языка образования моего ребенка:

русский

\_\_\_\_ (указать язык образования в соответствии с реализуемой образовательной программой, в порядке, установленном законодательством об образовании и локальным нормативным актом образовательной организации)

Сведения о выборе родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка, иностранного (при наличии):

русский

\_\_\_\_ (указать язык обучения и воспитания в соответствии с реализуемой образовательной программой, в порядке, установленном законодательством об образовании и локальным нормативным актом образовательной организации)

С Уставом организации, осуществляющей образовательную деятельность, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности (лицензией на осуществление образовательной деятельности), с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников, используемыми методами обучения и воспитания, образовательными технологиями ознакомлен (а)

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_

Согласен на обработку персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись (расшифровка подписи) \_\_\_\_\_