№\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Заведующему МБДОУ «ДС №93 «Капитошка»

Поселкиной О.С.

Ф.И.О. родителя

**Заявление**

Прошу принять моего ребенка

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

Дата рождения ребенка (число, месяц, год рождения): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающего по адресу:

(адрес фактического места жительства)

1. На обучение по образовательной программе дошкольного образования \_\_\_\_\_\_\_

2. На обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для детей с \_\_\_\_\_\_\_\_\_

на основании Федерального Закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», в соответствии с коллегиальным заключением ТПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и даю согласие на обучение моего ребенка в группе (выбрать один вид):

Для детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для детей с задержкой психического развития (ЗПР) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для детей с нарушением зрения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для детей с нарушением слуха \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для детей с туберкулезной интоксикацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Комбинированной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Основание для зачисления в выбранную группу (дата и номер заключения территориальной психолого-медико-педагогической комиссии, врачебной комиссии, программа реабилитации ребенка – инвалида и т.д.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В форме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обучения

(очное, индивидуальное на дому, с частичной включенностью в образовательный процесс)

Язык обучения – русский, родной язык из числа языков народов России \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о родителях (законных представителях) ребенка:**

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) матери (законного представителя) ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического пребывания) матери (законного представителя) ребенка, контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) отца (законных представителей) ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического пребывания) отца (законного представителя) ребенка, контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Со сроками приема документов ознакомлен (на)**

« .» 20 год ( )

дата подпись заявителя расшифровка подписи

Я, (Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) согласен (на), на сбор систематизацию, хранение и передачу следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, регистрация по месту проживания, серия номер, дата и место выдачи паспорта. Также даю согласие на сбор, систематизацию, хранение и передачу персональных данных о несовершеннолетнем ребенке на весь период действия отношений между мной и МБДОУ: фамилия, имя, отчество, регистрация по месту проживания, серия номер, дата и место выдачи свидетельства о рождении.

« .» 20 год ( )

дата подпись заявителя расшифровка подписи

Не возражаю против проверки представленных мною данных.

« .» 20 год ( )

дата подпись заявителя расшифровка подписи

С Уставом МБ(А)ДОУ; лицензией на право осуществления образовательной деятельности; распоряжением Администрации города Норильска «О закреплении муниципальных образовательных учреждений за территориями муниципального образования город Норильск», образовательной программой МБДОУ; Правилами приема на обучение по образовательным программам дошкольного образования; Правилами внутреннего распорядка воспитанников; Порядком работы комиссии по урегулированию споров между участниками образовательных отношений; режимом дня группы ознакомлен(а)

« .» 20 год ( )

дата подпись заявителя расшифровка подписи

Документ, подтверждающий право представлять интересы родителя (законного представителя) несовершеннолетнего ребенка (доверенность, договор – прилагаю.

К заявлению прилагаются:

1. Направление для зачисления ребенка в МБДОУ «ДС № 93 «Капитошка», выданное в Управлении (оригинал)

2. Медицинская карта (оригинал)

3. Свидетельство о рождении ребенка (копия)

4. Свидетельство о регистрации по месту жительства или месту пребывания на закрепленной территории или документ, содержащий сведения о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания (для детей, проживающих на закрепленной территории)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Документы, подтверждающие основания для обучения по выбранной образовательной программе и зачисления в группу для детей с особыми образовательными потребностями

6. Другое (указать)

Адрес, в том числе электронной почты (при наличии), по которому может быть направлен ответ о результатах рассмотрении заявления, об отказе в зачислении ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

« .» 20 год ( )

дата подпись заявителя расшифровка подписи