

Начальнику Управления  
общего и дошкольного образования  
Администрации города Норильска

от гр. \_\_\_\_\_

Заявление\*

Прошу поставить на учет для определения в детский сад:

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

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

\*Гражданство \_\_\_\_\_ Без гражданства \_\_\_\_\_  
(указать страну) (отметить)

\*Свидетельство о рождении \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

\*Пол ребенка \_\_\_\_\_

СНИЛС ребенка \_\_\_\_\_

\*Ф.И.О. родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_

\*Степень родства с ребенком \_\_\_\_\_  
/мать, отец, опекун, доверенное лицо/

Дата рождения родителя (законного представителя): \_\_\_\_\_

\*Паспорт \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_ Дата выдачи \_\_\_\_\_

\*Кем выдан \_\_\_\_\_

СНИЛС родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_

\*Контактный телефон \_\_\_\_\_

E-mail (при наличии): \_\_\_\_\_

\*Адрес регистрации по месту жительства, месту пребывания, фактического нахождения) родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/индекс, город, район, улица дом, квартира/

\*Основание для постановки в льготную очередь (при наличии), реквизиты документа, подтверждающего право на специальные меры поддержки (гарантии) отдельных категорий граждан и их семей: \_\_\_\_\_

\*Медицинские ограничения у ребенка (отметить):

медицинские ограничения отсутствуют \_\_\_\_\_

ребенок с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) \_\_\_\_\_

ребенок-инвалид \_\_\_\_\_

ребенок инвалид с ОВЗ \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего потребность в обучении по адаптированной программе: Дата выдачи \_\_\_\_\_ Срок действия \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего потребность в оздоровительной группе:  
Дата выдачи \_\_\_\_\_ Срок действия \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_

Выбор направленности группы (отметить 1 вариант):

- общеобразовательная \_\_\_\_\_
- для детей с нарушением речи \_\_\_\_\_
- для детей с нарушением зрения \_\_\_\_\_
- для детей с нарушением слуха \_\_\_\_\_
- для детей с нарушением интеллекта \_\_\_\_\_
- для детей с аутизмом \_\_\_\_\_
- для детей с задержкой психического развития \_\_\_\_\_
- для детей с умственной отсталостью \_\_\_\_\_
- для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата \_\_\_\_\_
- для часто болеющих детей \_\_\_\_\_
- для детей с туберкулезной интоксикацией \_\_\_\_\_
- для детей с иными ограниченными возможностями здоровья \_\_\_\_\_

\* Для детей, имеющих преимущественное право на прием на обучение в МДОУ, в которых обучаются их братья и (или) сестры (да/нет) \_\_\_\_\_  
Номер МДОУ \_\_\_\_\_ и фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) брата или сестры ребенка, который посещает дошкольное учреждение \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*Приоритетное(ые) образовательное(ые) учреждение(я) (указать не менее 1 и не более 3-х учреждений в порядке приоритета) \_\_\_\_\_

\*Согласие на направление в другие дошкольные образовательные организации вне перечня выбранных для приема, если нет мест в выбранных дошкольных образовательных организациях (да/нет) \_\_\_\_\_

\*Желаемый год поступления в образовательное учреждение \_\_\_\_\_

Копию свидетельства о рождении ребенка, документы, подтверждающие основания для постановки в льготную очередь (указывается при наличии), прилагаю.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/дата/

\_\_\_\_\_  
/подпись/

\_\_\_\_\_  
/расшифровка подписи/

**\* Отмечены поля обязательные для заполнения!**