

Учетный номер

Заведующему
Государственным бюджетным дошкольным
образовательным учреждением детским садом №19
комбинированного вида Василеостровского района
Санкт-Петербурга

(фамилия, имя, отчество руководителя)

от _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) заявителя)

Адрес регистрации

(индекс, адрес полностью)

(документ, удостоверяющий личность заявителя (№,

серия, дата выдачи, кем выдан))

(документ, подтверждающий статус законного

представителя ребёнка,
(№, серия, дата выдачи, кем выдан))

Контактные телефоны: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребёнка (сына, дочь) _____

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребёнка)

(свидетельство о рождении ребёнка (№, серия, дата выдачи, кем выдан))

(дата и место рождения)

(место регистрации ребёнка)

(место проживания ребёнка)

в Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад №19
комбинированного вида Василеостровского района Санкт-Петербурга в Центр игрового развития с
_____20__ года

язык образования _____

С лицензией образовательной организации Государственного бюджетного дошкольного образовательного
учреждения детского сада №19 комбинированного вида Василеостровского района Санкт-Петербурга
(далее – ОО) на право осуществления образовательной деятельности, уставом ОО, осуществляющей
образовательную деятельность по реализации образовательной программы дошкольного образования,
образовательной программой, реализуемой в ОО, ознакомлен.

Дата _____ Подпись _____

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка

(Ф.И.О. ребенка)

Дата _____

Подпись _____