

Учетный номер _____

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

Карповой Наталии Анатольевне

(фамилия, имя, отчество руководителя)

от _____

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

(адрес регистрации)

(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 «Службу ранней помощи»
с _____ 20__ года

язык образования _____

С лицензией Государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада №19 комбинированного вида Василеостровского района Санкт-Петербурга (далее – ОУ) на право осуществления образовательной деятельности, уставом ОУ, образовательной программой, реализуемой в ОУ и другими локальными актами ознакомлен.

Дата: _____ 20__ года

Подпись _____

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка

(Ф.И.О. ребенка)

Дата: _____ 20__ года

Подпись _____

Даю согласие на обучение моего ребенка, _____,

по «Основной образовательной программе дошкольного образования, адаптированной для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья Государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада №19 комбинированного вида Василеостровского района Санкт-Петербурга»

Дата: _____ 20__ года

Подпись _____