

Учетный номер _____

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

Карновой 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 группу компенсирующей направленности с _____ 20__ года

(вид группы)

язык образования _____

С лицензией Государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада №19
комбинированного вида Василеостровского района Санкт-Петербурга (далее – ОУ) на право реализации
образовательной деятельности, уставом ОУ, образовательной программой, реализуемой в ОУ, 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 (со сложным дефектом) Государственного бюджетного
дошкольного образовательного учреждения детского сада №19 комбинированного вида Василеостровского
района Санкт-Петербурга»

Дата _____ 20__ года

Подпись _____