

Начальнику Отдела образования

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. (последнее - при наличии))

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. (последнее - при наличии) заявителя)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Сведения о документе, подтверждающем личность (паспорт) \_\_\_\_\_

(№. Серия, дата выдачи, кем выдан)

СНИЛС \_\_\_\_\_

Сведения о документе, подтверждающем статус законного представителя ребенка \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_

электронная почта \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу Вас предоставить место моему ребенку:

— \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года рождения.  
Свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
СНИЛС \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_

— \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения)  
с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.  
Язык образования: \_\_\_\_\_  
Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования: **ДА/ НЕТ** (нужное подчеркнуть).  
Потребность в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с ИПР: **ДА/ НЕТ** (нужное подчеркнуть).  
Направленность дошкольной группы: **общеразвивающая, компенсирующая, комбинированная, оздоровительная** (нужное подчеркнуть).  
Режим пребывания ребенка: **полный день/сокращенный день** (нужное подчеркнуть).

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

\_\_\_\_\_  
Подпись