**Заведующему** *муниципального автономного дошкольного*

 *образовательного учреждения*

 *«Детский сад № 11 п. Садовый»*

 *Сергеевой Любови Леонидовне*

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО заявителя

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ РЕБЕНКА В ДОУ**

**Прошу принять** моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество ребенка)*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года рождения,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(реквизиты свидетельства о рождении)*

проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**в Муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад №11 п. Садовый общеразвивающего вида с приоритетным осуществлением деятельности по физическому направлению развития воспитанников»**

**с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.,** на обучение по образовательной программе дошкольного образования в группу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ направленности, желаемая дата приема на обучение с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

*(направленность группы: общеразвивающая, компенсирующая, комбинированная, оздоровительная)*

Язык образования – *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,

 Родной язык из числа языков народов России – *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |
| --- | --- |
| **10 часовой / иной режим**  | потребность в режиме пребывания ребенка в ДОУ  |
| ***подчеркнуть необходимый вариант***  |
| **имею / не имею** ***подчеркнуть необходимый вариант*** | потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования  |
| **имею / не имею** ***подчеркнуть необходимый вариант*** | потребность в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)  |

 С Уставом МАДОУ «Детский сад №11 п. Садовый», Положением о правилах внутреннего распорядка воспитанников МАДОУ «Детский сад №11 п. Садовый», лицензией на право осуществления образовательной деятельности, с образовательной программой и другими документами регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями воспитанников **ознакомлен(а).**

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Согласен** на сбор, систематизацию, хранение и передачу следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, регистрация по месту проживания, серия, номер, дата и место выдачи паспорта, номер телефона.

**Так же даю согласие** на сбор, систематизацию, хранение и передачу персональных данных о своем несовершеннолетнем ребенке: фамилия, имя, отчество, регистрация по месту проживания, серия, номер, дата и место выдачи свидетельства о рождении.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Способ информирования заявителя:**

Номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

***Сведения о родителях:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Мать*** | ***Отец*** |
| ***ФИО полностью***  |  |  |
| ***Место жительства*** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ***Реквизиты документа,*** ***удостоверяющего личность*** ***(серия, №, кем и когда выдан)***  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |