**Заведующему МБДОУ Д/С 34**

**Алиновской Е.А.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

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

 (Ф.И.О. родителя полностью) проживающего (ей) по адресу:

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

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

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

 телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (сотовый, домашний номер)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 Прошу принять на обучение по основной общеобразовательной/ адаптированной программе - образовательной программе дошкольного образования в муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад №34 станицы Черниговской муниципального образования Белореченский район (МБДОУ Д/С 34), в группу общеразвивающей направленности моего ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 дата рождения ребенка место рождения ребенка

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 индекс, место жительства ребенка

**К заявлению прилагаю следующие документы:**

- направление для зачисления ребенка в детский сад управления образованием администрации муниципального образования Белореченский район;

- медицинскую карту о состоянии здоровья ребенка (медицинская карта ф-026/у);

- копию свидетельства о рождении ребенка;

- копию документа о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания на закрепленной территории или документ, содержащий сведения о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания;

 - копию документа, подтверждающего льготу (при наличии).

С Уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими осуществление образовательной деятельности ознакомлен (а)

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

(подпись)

Даю согласие на обработку и использование моих и моего ребенка персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах.

Ф.И.О. (мать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

«\_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Ф.И.О. (отец)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

«\_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Ф.И.О. (законный представитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

«\_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

|  |
| --- |
| Родитель:мать, отец (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                Ф.И.ОПаспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Индекс, адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел. |
| Подпись, дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Регистрационный** **номер заявления** | **Дата принятия заявления** | **Время принятия заявления** | **Заявление принял** |
| **Ф.И.О.** | **Подпись** |
|  |  |  |  |  |

**РАСПИСКА**

 **о приеме заявления (документов) на обучение по основной общеобразовательной программе- образовательной программе дошкольного образования в муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад №34 станицы Черниговской муниципального образования Белореченский район (МБДОУ Д/С 34)**

 **№ \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Настоящая расписка выдана МБДОУ Д\С 34 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

о том, что принято заявление (пакет документов) о приеме ребенка в МБДОУ Д/С 34.

Предоставлены следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование документа | оригинал/ копия | Количество листов |
|  направление для зачисления ребенка в детский сад управления образованием администрации муниципального образования Белореченский район  | оригинал |  |
|  медицинскую карту о состоянии здоровья ребенка (медицинская карта ф-026/у)  | оригинал |  |
| Заявление на обучение по основной общеобразовательной/ адаптированной программе- образовательной программе дошкольного образования | оригинал |  |
|  свидетельство о рождении ребенка  | копия |  |
|  документ о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания на закрепленной территории или документ, содержащий сведения о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания  | копия |  |
|  документ, подтверждающего льготу (при наличии)  | копия |  |
| Рекомендации (заключение) ПМПК на обучении по адаптированной образовательной программе дошкольного образования - для детей с ОВЗ.  | копия |  |

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

 (должность сотрудника принявшего документы) (подпись, Ф.И.О.)

Расписку получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, Ф.И.О полностью, дата получения расписки)