

Заведующему МА ДОУ № 50

(наименование ОО)

Орт Екатерине Викторовне

(Ф.И.О. заведующего)

от \_\_\_\_\_ ,

(Ф.И.О родителя)

проживающего(ей) по адресу \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу принять \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года рождения, место рождения \_\_\_\_\_ ,

проживающего по адресу \_\_\_\_\_

(адрес места жительства ребенка)

на обучение по \_\_\_\_\_ *образовательной* \_\_\_\_\_ программе дошкольного образования,

(образовательной / адаптированной образовательной)

в \_\_\_\_\_ *группе общеразвивающей направленности* \_\_\_\_\_

К заявлению прилагаются:

- медицинское заключение<sup>1</sup>;
- рекомендации ПМПК<sup>2</sup>.

В соответствии с Федеральным законом №152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных» выражаю свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу) способами, не противоречащими закону, моих персональных данных и данных моего ребенка, а именно: фамилии, имени, отчеству, дате рождения, месте жительства, месте работы, семейном положении и т.д..

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

подпись

расшифровка подписи

С уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, образовательной программой, локальными актами ОО ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

подпись

расшифровка подписи

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

<sup>1</sup> Для детей, впервые поступающих в образовательную организацию.

<sup>2</sup> Для детей с ограниченными возможностями здоровья, принимаемые на обучение по адаптированной образовательной программе дошкольного образования.