Начальнику управления образования администрации

муниципального образования

Кавказский район

С.Г. Демченко

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

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

ф.и.о. заявителя

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

 паспортные данные

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

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

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

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

 адрес фактического проживания

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

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

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

 адрес электронной почты

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

 контактный телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу зарегистрировать моего ребёнка в автоматизированной информационной системе «Е-услуги». Образование» для предоставления места в дошкольном образовательном учреждении. Дополнительно сообщаю:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (полностью) (последнее – при наличии) ребёнка |  |
| День, месяц, год рождения ребёнка |  |
| Реквизиты свидетельства о рождении ребёнка |  |
| Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребёнка |  |
| Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии) |   |
| Информация о выборе языка образования, родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка | Язык образования – русскийРодной язык из числа языков народов России\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Наличие потребности в обучении ребёнка-инвалида по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребёнка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (при наличии) | * Да

(Справка МСЭ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* Нет
 |
| Направленность дошкольной группы (отметить) | * Общеразвивающая
* Компенсирующая
* Оздоровительная
 |
| Режим пребывания ребёнка в дошкольном учреждении (отметить) | * Полный день (10,5 часов)
* Сокращённый день (7-8 часов)
* Группа кратковременного пребывания (3,5 часа)
 |
| Желаемая дата приёма на обучение | С 01.09.20\_\_\_\_\_ |
| Дошкольная образовательная организация, выбранная для приёма (не более трёх, первая является приоритетной) в соответствии с закреплённой территорией |   |
| Наличие права на специальные меры поддержки (гарантии) отдельных категорий граждан и их семей (при наличии), льготы (наименование документа, серия, номер, дата выдачи) |  |
| Фамилия (-ии), имя (имена), отчество (а) (последнее – при наличии) братьев и (или) сестёр, проживающих в одной семье и имеющих общее место жительства с указанием ДОУ, которое уже посещают указанные дети | Ф.И.О. ребёнка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Посещаемое им ДОУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Уведомление о постановке ребёнка в электронную очередь для предоставления места в ДОУ прошу выдать:

* лично на руки в МФЦ
* направить на электронную почту

С обработкой, указанных в заявлении персональных данных согласен (согласна)

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

 дата подпись расшифровка