

Начальнику муниципального казенного учреждения  
Управление образования администрации  
Калтанского городского округа  
Плюсниной Н. В.

от \_\_\_\_\_  
*фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина*

\_\_\_\_\_ *адрес регистрации гражданина*

\_\_\_\_\_ *адрес проживания гражданина*

\_\_\_\_\_ *контактный телефон, адрес электронной почты*

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу поставить на учет для предоставления места в муниципальной дошкольной образовательной организации Калтанского городского округа моего ребенка

\_\_\_\_\_ *фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)*

Дата рождения ребенка: \_\_\_\_\_

Реквизиты свидетельства о рождении ребенка: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка: \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) родителей (законных представителей) ребенка:

Мать \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты, номер телефона (при наличии): \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты, номер телефона (при наличии): \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии): \_\_\_\_\_

Выбор языка образования, родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка: \_\_\_\_\_

Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии): \_\_\_\_\_

Направленность дошкольной группы: \_\_\_\_\_

Необходимый режим пребывания ребенка: с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ часов

Желаемая дата приема на обучение: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

Наименование дошкольной образовательной организации: \_\_\_\_\_

Наличие права на специальные меры поддержки (гарантии) отдельных категорий граждан и их семей (при необходимости): \_\_\_\_\_

При наличии у ребенка полнородных и неполнородных братьев и (или) сестер, обучающихся в муниципальной образовательной организации, выбранной родителем (законным представителем) для приема ребенка указать фамилию(и), имя (имена), отчество(а) (последнее – при наличии) братьев и (или) сестер: \_\_\_\_\_

С Административным регламентом «Прием на обучение по образовательным программам дошкольного образования» ознакомлен(а) \_\_\_\_\_

Согласен(а) на обработку предоставленных мною персональных данных \_\_\_\_\_

Прошу информировать о результатах предоставления муниципальной услуги по телефону, почте, электронной почте (*нужное подчеркнуть*).

Прошу выдать направление в дошкольную образовательную организацию при личном обращении.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

