

Заведующему  
БМАДОУ «Детский сад № 9»

Инд. № \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя) ребенка)

ЗАЯВЛЕНИЕ (Инд. № \_\_\_\_\_)

Я,

\_\_\_\_\_ являясь  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))  
родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя отчество (при наличии) ребенка, дата рождения)  
Свидетельство о рождении серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_  
адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка:  
индекс \_\_\_\_\_, область \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
город \_\_\_\_\_, пос. \_\_\_\_\_, лица \_\_\_\_\_,  
дом \_\_\_\_\_, квартира \_\_\_\_\_

прошу зачислить ребенка в БМАДОУ «Детский сад № 9» на обучение по образовательным программам дошкольного образования.

Документ, подтверждающий установление опеки (при наличии):

\_\_\_\_\_   
Выбираю язык образования, родной язык из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русский как родной язык

\_\_\_\_\_ (указать язык)

Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программ дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии) (подчеркнуть) – **есть/нет.**

**Желаемый вид направленности группы** (отметить любым значком):

- общеразвивающая \_\_\_\_\_
- компенсирующая \_\_\_\_\_ (указать особенность развития)
- оздоровительная \_\_\_\_\_ (указать направленность оздоровления)
- комбинированная \_\_\_\_\_ (указать особенность развития)

Необходимый режим пребывания ребенка (отметить любым значком):

- полный день (10,5-12 часов)
- круглосуточного пребывания (24 часа)
- кратковременного пребывания (до 5 часов)
- сокращенного дня (8-10 часов)
- продленного дня (13-14 часов)

Фамилия (-ии), имя (имена), отчество (-а) (последнее при наличии) полнородных и (или) неполнородных братьев и (или) сестер

Желаемая \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ приема \_\_\_\_\_ ребенка \_\_\_\_\_ на  
обучение \_\_\_\_\_

**Данные о родителях (законных представителях) ребенка:**

Мать: \_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество (при наличии))  
\_\_\_\_\_  
(контактный телефон, адрес электронной почты)

Отец: \_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество (при наличии))  
\_\_\_\_\_  
(контактный телефон, адрес электронной почты)

Законный представитель: \_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество (при наличии))  
\_\_\_\_\_  
(контактный телефон, адрес электронной почты)

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
подпись заявителя

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом Образовательной организации, с образовательными программами, документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, с распорядительным актом органа местного самоуправления городского округа о закреплении образовательных организаций за конкретными территориями городского округа, правами и обязанностями воспитанников и их родителей (законных представителей), в т.ч. через официальный сайт **ознакомлен(а)**

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
подпись заявителя

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 284904154893307766464458434654888258361777585628

Владелец Котолуп Евгения Сергеевна

Действителен с 02.09.2024 по 02.09.2025