

Учётный номер _____

Заведующему государственному бюджетному дошкольному образовательному учреждению детским садом № 43 комбинированного вида Невского района Санкт-Петербурга
Козловской Ольге Викторовне

(фамилия, имя, отчество руководителя)

Приказ о зачислении

от _____

(фамилия, имя, отчество заявителя)

от « _____ » _____ 20 ____ г.

№ _____

Адрес регистрации: _____

(индекс, адрес полностью)

Дата зачисления:

Паспорт _____

(документ, удостоверяющий личность заявителя (серия, номер,

кем выдан, дата выдачи))

Свидетельство о рождении _____

(документ, подтверждающий статус законного

представителя ребенка, серия, номер, кем выдан, дата выдачи))

Контактные телефоны _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь) -

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка)

_____ (свидетельство о рождении ребенка (серия, номер, кем выдан, дата выдачи))

_____ (дата и место рождения)

_____ (место регистрации ребенка)

_____ (место проживания ребенка)

в _____ ГБДОУ детский сад № 43 Невского района Санкт-Петербурга

в группу _____

(наименование группы)

компенсирующей направленности с _____

(вид группы)

(дата приема)

Язык обучения _____

С лицензией ГБДОУ детского сада № 43 Невского района Санкт-Петербурга (далее - ОУ) на право осуществления образовательной деятельности, уставом ОУ, образовательными программами, реализуемыми в ОУ, иными локальными нормативными актами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями воспитанников ГБДОУ № 43, ознакомлен.

Дата _____

Подпись _____

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка)

Дата _____

Подпись _____

В создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии) _____

нуждается / не нуждается

Даю согласие на обучение моего ребенка, _____,

(фамилия, имя, отчество ребенка)

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья с тяжелыми нарушениями речи.

Дата _____

Подпись _____