МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДСКОГО ОКРУГА САРАНСК "ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА – ДЕТСКИЙ САД № 9"

Подписано цифровой подписью: МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДСКОГО ОКРУГА САРАНСК "ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА – ДЕТСКИЙ САД № 9"
Дата: 2025.02.05 10:05:07 +03'00'

Заведующей МАДОУ «Центр развития ребенка - детский сад № 9»
Аверкиной Е.А.

_____

_____
(Ф.И.О. заявителя полностью)

проживающей(его) по адресу: _____

_____

_____

телефон: _____

эл. почта: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка _____
(фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)
на обучение по образовательной программе дошкольного образования в группу общеразвивающей направленности с режимом пребывания полного дня с _____. Язык образования - _____, родной язык из числа языков народов России - _____.

К заявлению прилагаются:

- копия паспорта _____;
  (фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))
- копия свидетельства о рождении серия _____ № _____, выдано «____»____._____г._____;
- копия свидетельства о регистрации _____ по месту жительства
  (фамилия, имя, отчество ребенка)
  на закрепленной территории, выданного «____» ____._____г. _____ _____;
- копию медицинского полиса № _____;
- копия СНИЛС №____-____-_____ ____;
- медицинская карта.

«___» _____ 20___ г. _____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

С уставом, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, образовательными программами и иными документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников МАДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 9», ознакомлен(а).

С Постановлением Администрации городского округа Саранск от 24 октября 2014г. № 2801 «О закреплении муниципальных дошкольных образовательных организаций за конкретными территориями городского округа Саранск (с изменениями и дополнениями от: 15 июля 2016 года, 18 декабря 2019 года) ознакомлен(а).

«___» _____ 20___ г. _____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

Сведения о ребенке:

Ф.И.О._____

Дата рождения _____

(число, месяц, год рождения, место рождения)

Национальность_____, ребенок в семье (1-й, 2-й, 3-й) _____

Хронические заболевания_____

Группа здоровья_____

Аллергические реакции_____

Место регистрации: _____

Адрес проживания: _____

Домашний телефон _____

Язык образования _____

Родной язык из числа народов России _____

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) - имеется/ не имеется (подчеркнуть)

Сведения о родителях:

Мама:

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

(число, месяц, год рождения)

Образование _____

Национальность _____

Место работы _____

_____

(наименование организации, цех, отдел, должность)

Паспортные данные: №_____серия _____ кем выдан _____

_____ дата выдачи _____

Адрес регистрации: _____

Рабочий телефон _____ Сотовый телефон _____

Адрес электронной почты _____

Папа:

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

(число, месяц, год рождения)

Образование _____

Национальность _____

Место работы _____

_____

(наименование организации, цех, отдел, должность)

Паспортные данные: №_____серия _____ кем выдан _____

_____ дата выдачи _____

Адрес регистрации: _____

Рабочий телефон _____ Сотовый телефон _____

Адрес электронной почты _____

Примечание:

_____

_____

_____

_____