

№ заявления	
-------------	--

Управление образования
администрации МР
«Сыктывдинский» Республики Коми
Орган, обрабатывающий заявление на
предоставление услуги

Данные заявителя

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения	

Документ, удостоверяющий личность заявителя

Вид			
Серия		Номер	
Выдан		Дата выдачи	

Адрес регистрации заявителя

Индекс		Регион	
Район		Населенный пункт	
Улица			
Дом		Корпус	Квартира

Адрес места жительства заявителя

(не заполняется в случае совпадения с адресом регистрации)

Индекс		Регион	
Район		Населенный пункт	
Улица			
Дом		Корпус	Квартира

**Реквизиты документа,
подтверждающего установление
опеки (при наличии)**

Контактные данные	e-mail
	телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу поставить на учет для зачисления в образовательную организацию, реализующую основную образовательную программу дошкольного образования, ребенка:

(фамилия, имя, отчество ребенка (при наличии))

« ___ » _____ 20__ года рождения.

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка _____

Ребенок имеет право внеочередного, первоочередного направления в детский сад: _____

(категория, № и дата выдачи документа)

Свидетельство о рождении ребенка: серия _____ № _____

Сведения о выборе языка образования, родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка _____

(наименование языка образования)

Сведения о потребности 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 _____

(общеразвивающая, компенсирующая с указанием типа, оздоровительная с указанием типа)

Необходимый режим пребывания _____

(полный день, кратковременное пребывание)

Желаемая дата приема на обучение _____

Список предпочитаемых ДОО для зачисления ребенка (в порядке приоритета):

Сведения о полнородных и неполнородных братьях и (или) сестрах у ребенка, обучающихся в муниципальной образовательной организации, выбранной родителем (законным представителем) для приема ребенка

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения брата и (или) сестры ребенка)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения брата и (или) сестры ребенка)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения брата и (или) сестры ребенка)

Способ связи с заявителем _____

(электронная почта, телефон)

Представлены следующие документы

1	
2	
3	
4	
5	

Место получения результата предоставления услуги	
Способ получения результата	

Дата

Подпись/ФИО

Согласна(ен) на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Дата

Подпись/ФИО