

Приложение № 2  
к административному регламенту

Руководителю

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)

родителя (законного представителя)

фамилия \_\_\_\_\_

имя \_\_\_\_\_

отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан когда \_\_\_\_\_ кем \_\_\_\_\_

Место жительства:

Населенный пункт \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять в \_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)

Режим пребывания: \_\_\_\_\_

Выбор языка образования: \_\_\_\_\_ (с учетом языка, определенного локальным нормативным актом учреждения, реализующего основную образовательную программу дошкольного образования)

моего сына/ мою дочь \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата и место рождения)

Реквизиты свидетельства о рождении

Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)

адрес места жительства/ пребывания/ проживания (нужное подчеркнуть) ребенка:  
населенный пункт \_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_  
дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_.

Сведения о втором родителе (законном представителе):

фамилия \_\_\_\_\_

имя \_\_\_\_\_ отчество (при наличии) \_\_\_\_\_;

место жительства: \_\_\_\_\_;

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_.

С уставом образовательной организации, лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательными программами, реализуемыми образовательной организацией, и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников, \_\_\_\_\_

(перечислить документы, регламентирующие организацию образовательного процесса)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, ознакомлен(а).

Выбор направленности группы: <input type="checkbox"/> общеразвивающая <input type="checkbox"/> компенсирующая <input type="checkbox"/> оздоровительная <input type="checkbox"/> компенсирующая			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Необходимость обучения ребенка по адаптированной образовательной программе (в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)		
выбранный способ направления результата услуги отметить знаком «V»	в виде бумажного документа		в виде электронного документа
	При личном обращении	Почтовым отправлением	Посредством электронной почты
Способ направления результата услуги			_____ (адрес электронной почты)

\_\_\_\_\_ (дата)      \_\_\_\_\_ (подпись заявителя)  
 \_\_\_\_\_ (дата)      \_\_\_\_\_ (подпись второго родителя(законного представителя))

<p>           Я даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных своих и своего ребенка, а именно на сбор, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, передачу и уничтожение следующих персональных данных:            - данные свидетельства о рождении ребенка;            - паспортные данные родителей (законных представителей);            - данные, подтверждающие законность представления прав ребенка;            - адрес регистрации и проживания ребенка и родителей (законных представителей), контактные телефоны родителей (законных представителей), адрес электронной почты;            - _____;            - _____.         </p>	<p>           _____ (дата)      _____ (подпись заявителя)         </p>
---	--