|  |  |
| --- | --- |
|  | Исполняющему обязанности начальника управления образования администрациимуниципального образованияТимашевский район Волошиной Т.П. |
|  | от |
|  | (Ф.И.О.) |
|  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (последнее-при наличии) родителя (законного представителя) ребенка) |
| ЗАЯВЛЕНИЕ. |

Прошу предоставить место путем перевода в образовательную организацию, реализующей образовательные программы дошкольного образования и направить для приема на обучение по образовательным программам дошкольного образования в дошкольную образовательную организацию**.**

Сведения о ребенке:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия  |  |
| Имя  |  |
| Отчество (при наличии) |  |
| Дата рождения (день, месяц, год) |  |
| Реквизиты свидетельства о рождении серия, номер, дата выдачи, полное наименование органа ЗАГС, которым произведена государственная регистрация акта гражданского состояния |  |
| Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания (край (область), район (округ), населенный пункт, улица, № дома, корпус, квартира) |  |

Сведения о родителях (законных представителях) ребенка:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия  |  |
| Имя  |  |
| Отчество (при наличии) |  |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность  |  |
| Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии) |  |
| Адрес электронной почты (при наличии) |  |
| Номер телефона (при наличии) |  |

Язык образования - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, родной язык из числа языков народов Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (имеется/отсутствует)

Потребность в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (имеется/отсутствует)

Направленность дошкольной группы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (общеразвивающая, компенсирующая,

 комбинированная, оздоровительная)

Необходимый режим пребывания ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полного дня (10,5-часового пребывания)/кратковременного пребывания (3 – часовое пребывание)

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

 (число, месяц, год)

Дошкольная образовательная организация муниципального образования Тимашевский район, выбранная для приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наличие права на специальные меры поддержки (гарантии) отдельных категорий граждан и их семей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать льготу (право на внеочередное (первоочередное) предоставление места

 в дошкольной образовательной организации)

Наличие у ребенка полнородных и не полнородных братьев и (или) сестер, обучающихся в дошкольной образовательной организации, выбранной для приема ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |
| --- |
| Выдать направление для приема ребенка в дошкольную образовательную организацию (нужное подчеркнуть): лично в ГАУ КК «МФЦ КК» (в случае обращения в ГАУ КК «МФЦ КК»);лично в управлении образования администрации муниципального образования Тимашевский район (в случае обращения в управление образования). «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) (подпись) |
| С обработкой персональных данных согласен (согласна). |

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись)

Заявление принял специалист управления образования

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество) (подпись)