В Управление образования

администрации

МО «Судогодский район»

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование поля** |  |
| Фамилия ребенка |  |
| Имя ребенка |  |
| Отчество ребенка (при наличии) |  |
| Дата рождения ребенка |  |
| Тип документа, подтверждающего личность ребенка |  |
| Серия документа, подтверждающего личность ребенка |  |
| Номер документа, подтверждающего личность ребенка |  |
| Место выдачи документа, подтверждающего личность ребенка |  |
| Дата выдачи документа, подтверждающего личность ребенка |  |
| Адрес места жительства ребенка |  |
| Желаемая направленность дошкольной группы |  |
| Вид компенсирующей группы | выбор из списка  глухие;  слабослышащие и позднооглохшие;  слепые;  слабовидящие;  с тяжелыми нарушениями речи;  с нарушениями опорно-двигательного аппарата;  с задержкой психического развития;  с расстройством аутистического спектра;  с умственной отсталостью (нарушением интеллекта);  с тяжелыми и множественными нарушениями развития;  с синдромом дефицита внимания и гиперактивности;  дети после операции по кохлеарной имплантации |
| Реквизиты документа, подтверждающего потребность в обучении по адаптированной образовательной программе |  |
| Профиль оздоровительной группы | выбор из списка  группы для детей с туберкулезной интоксикацией;  группы для часто болеющих детей;  группы для детей с аллергопатологией;  группы для детей с сахарным диабетом;  группы для детей с заболеваниями органов дыхания;  группы для детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;  группы для детей с нефроурологическими заболеваниями;  группы для детей с целиакией |
| Реквизиты документа, подтверждающего потребность в оздоровительной группе |  |
| Согласие на общеразвивающую группу |  |
| Желаемый режим пребывания ребенка в группе | выбор из списка:  кратковременный режим пребывания (до 5 часов);  сокращенный (8-10 часов)  полный день (10,5 - 14 часов);  круглосуточный режим (24 часа) |
| Согласие на группу полного дня |  |
| Сведения о выборе языка обучения |  |
| Фамилия родителя (законного представителя) ребенка |  |
| Имя родителя (законного представителя) ребенка |  |
| Отчество родителя (законного представителя) ребенка (при наличии) |  |
| ФИО (при наличии) родителя (законного представителя) ребенка |  |
| Тип документа, подтверждающего личность родителя (законного представителя) ребенка |  |
| Серия документа, подтверждающего личность родителя (законного представителя) ребенка |  |
| Номер документа, подтверждающего личность родителя (законного представителя) ребенка |  |
| Место выдачи документа, подтверждающего личность родителя (законного представителя) ребенка |  |
| Дата выдачи документа, подтверждающего личность родителя (законного представителя) ребенка |  |
| Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при необходимости) |  |
| Адрес электронной почты родителей (законных представителей) ребенка |  |
| Номер телефона родителей (законных представителей) ребенка |  |
| Категория граждан и их семей, имеющих право на специальные меры поддержки (гарантии) (при наличии) |  |
| Реквизиты документа, подтверждающего право на специальные меры поддержки (гарантии) отдельных категорий граждан и их семей (при наличии) |  |
| Желаемая дата приема |  |
| Перечень дошкольных образовательных организаций, выбранных для приема |  |
| Согласие на направление в другие дошкольные образовательные организации вне перечня дошкольных образовательных организаций, выбранных для приема, если нет мест в выбранных дошкольных образовательных организациях |  |
| Фамилия (фамилии), имя (имена), отчество (отчества) (при наличии) братьев и (или) сестер, проживающих в одной семье с ребенком и имеющих общее с ним место жительства, обучающихся в одной ОО |  |
| Фамилия (фамилии), имя (имена), отчество (отчества) (при наличии) полнородных и неполнородных братьев и (или) сестер, обучающихся в одной ОО |  |
| я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласен (на), что для получения муниципальной услуги персональные данные будут обработаны в ведомственных информационных системах Владимирской области с соблюдением требований закона РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» | |

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(расшифровка подписи)