

Начальнику Управления образования и
молодежной политики Администрации
города Смоленска

(Ф. И. О. начальника)

З А Я В Л Е Н И Е

**о постановке на учет для перевода из одного образовательного учреждения,
реализующего образовательную программу дошкольного образования, в
другое образовательное учреждение, реализующее образовательную
программу дошкольного образования**

1. _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя) ребенка)

адрес места жительства* _____

адрес места пребывания** _____

адрес фактического проживания*** _____

адрес электронной почты/номер телефона (при наличии) _____.

Реквизиты документа, удостоверяющего личность			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			
Дата рождения			

Являюсь по отношению к ребенку _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

родителем, усыновителем, другим лицом.
 опекуном, попечителем,
(сделать отметку в соответствующем квадрате)

2. Представитель _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя)

адрес места жительства* _____,

адрес места пребывания** _____,

адрес фактического проживания*** _____,

адрес электронной почты/номер телефона (при наличии) _____.

Реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя			
Серия, номер		Дата выдачи	
Кем выдан			

3. Прошу поставить на учет для перевода из одного образовательного учреждения, реализующего образовательную программу дошкольного образования, в другое образовательное учреждение, реализующее образовательную программу дошкольного образования, ребенка

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения (число, месяц, год))

адрес места жительства* _____

адрес места пребывания** _____

адрес фактического проживания*** _____.

Реквизиты свидетельства о рождении ребенка	
Серия, номер	Дата выдачи
Кем выдан	
Дата рождения	

Из _____
(наименование образовательного учреждения, реализующего образовательную программу дошкольного образования, которое посещает ребенок)

в 1. _____
(наименование образовательного учреждения, реализующего образовательную программу дошкольного образования, являющегося приоритетным для заявителя)

2. _____
(наименование образовательного учреждения, реализующего образовательную программу дошкольного образования, являющегося вторым по приоритетности для заявителя)

3. _____
(наименование образовательного учреждения, реализующего образовательную программу дошкольного образования, являющегося третьим по приоритетности для заявителя)

Имеются полнородные и неполнородные брат и (или) сестра _____
(Ф.И.О. брата / сестры, дата рождения)

_____, посещающие МБДОУ «Детский сад № _____ « _____ ».

Наличие 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):

(сделать отметку в соответствующем квадрате)

Направленность дошкольной группы:

общеразвивающая оздоровительная компенсирующая комбинированная

Заключение (рекомендации) ПМПК от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____.

Санаторно-курортная карта областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Смоленский противотуберкулезный клинический диспансер» от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____.

4. К заявлению прилагаю документы:

№ п/п	Наименование документа

5. Достоверность сведений и прилагаемых документов, указанных в заявлении, подтверждаю.

Я как представитель ребенка даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование и передачу) персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Ознакомлен(а) с тем, что могу отказаться от обработки моих персональных данных, подав соответствующее заявление.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Заявление гр. _____ (фамилия, имя, отчество заявителя)

принято _____ (дата) и зарегистрировано _____ (подпись специалиста, принявшего документы)