

№ \_\_\_\_\_  
(№ и дата регистрации заявления)

Директору МАДОУ «Детский сад № 49» г.  
Тобольска Федосеевой Т.Н.

От родителя (законного представителя)

фамилия \_\_\_\_\_

имя \_\_\_\_\_

отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Место жительства:

Населенный пункт \_\_\_\_\_ улица

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

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

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять в <u>МАДОУ «Детский сад № 49» г. Тобольска</u> (наименование учреждения)
Режим полного дня, режим кратковременного пребывания, группа кратковременного пребывания (нужное подчеркнуть) Выбор языка образования: _____ (с учетом языка, определенного локальным нормативным актом учреждения, реализующего основную образовательную программу дошкольного образования)
моего (ю) сына (дочь) _____ _____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата и место рождения)
Реквизиты свидетельства о рождении: _____
Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии) _____
место жительства/пребывания/проживания (нужное подчеркнуть) ребенка: населенный пункт _____, улица _____ дом _____ корп. _____ кв. _____
Сведения о втором родителе (законном представителе): фамилия _____ имя _____ отчество (при наличии) _____; адрес электронной почты: _____ место жительства: населенный пункт _____ улица _____ дом _____ корп. _____ кв. _____, телефон _____
С уставом учреждения, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, основными образовательными программами, реализуемыми учреждением, _____, ознакомлен (а). (перечислить документы, регламентирующие организацию образовательного процесса)
Выбор направленности группы: общеразвивающая, компенсирующая, оздоровительная, комбинированная
<input type="checkbox"/> 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 "X"	в виде бумажного документа		в виде электронного документа
	При личном обращении и	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:</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>_____.</p>	<p>_____ (дата) (подпись заявителя)</p>
---	---