

Заведующему государственного бюджетного
дошкольного образовательного учреждения
детского сада № 93 комбинированного вида
Невского района Санкт-Петербурга
Петраковой Ирине Николаевне

От _____
(фамилия, имя, отчество (последнее-при наличии) заявителя)
Адрес регистрации _____

Документ, удостоверяющий личность:

(№, серия, дата выдачи, кем выдан)
Документ, подтверждающий статус законного
представителя ребенка _____

(№, серия, дата выдачи, кем выдан)
Контактные телефоны _____

Эл.почта _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять (перевести) моего ребенка (сына, дочь) -

(фамилия, имя, отчество (последнее-при наличии) ребенка)

(свидетельство о рождении ребенка (№, серия, дата выдачи, кем выдан))

(дата и место рождения)

(место регистрации ребенка)

(место проживания ребенка)

в государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 93
комбинированного вида Невского района Санкт-Петербурга (далее - ГБДОУ детский сад № 93
комбинированного вида Невского района Санкт-Петербурга)

в группу **компенсирующей направленности** с _____
язык обучения _____

Необходимый режим пребывания воспитанника в ГБДОУ детский сад № 93 комбинированного
вида Невского района Санкт-Петербурга: понедельник-пятница – с 7.00 до 19.00

Выходные дни: суббота, воскресенье и праздничные дни, установленные законодательством
Российской Федерации.

Сведения о 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) _____

С уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательной
программой дошкольного образования ГБДОУ детский сад № 93 комбинированного вида Невского
района Санкт-Петербурга и другими документами, регламентирующими организацию и
осуществление образовательной деятельности ознакомлен (-а):

Дата _____

Подпись _____

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка _____
(фамилия, имя, отчество ребенка)

Дата _____ Подпись _____

Даю согласие на обучение моего ребенка, _____, по адаптированной образовательной программе дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (детей с тяжелыми нарушениями речи)

Дата _____ Подпись _____