

Учетный номер _____

Заведующему
государственного бюджетного дошкольного
образовательного учреждения детского сада № 4
общеразвивающего вида Калининского района
Санкт-Петербурга
Васюкович Светлане Александровне от

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя)

Адрес регистрации _____

(документ, удостоверяющий личность заявителя)

(№, серия, дата выдачи, кем выдан))

(документ, подтверждающий статус законного представителя ребенка)

(№, серия, дата выдачи, кем выдан))

Контактные телефоны: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять 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 № 4 общеразвивающего вида Калининского района Санкт-Петербурга
в группу _____ с _____

(вид группы)

язык обучения _____

Режим работы с 07.00 до 19.00 часов

С лицензией государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада № 4 общеразвивающего вида Калининского района Санкт-Петербурга (далее - ДООУ) на право осуществления образовательной деятельности, уставом ДООУ, осуществляющей образовательную деятельность по реализации образовательной программы дошкольного образования, образовательной программой, реализуемой в ДООУ ознакомлен.

Дата _____

Подпись _____

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка

(Ф.И.О. ребенка)

Дата _____

Подпись _____