Заведующему

 МАДОУ ДСКН№5 г. Сосновоборска

 Н.Н.Ткаченко

………………………………………………

 ( Ф.И.О.. родителя, законного представителя)

……………………………………………………………………………

………………………………………………………………………..….

ЗАЯВЛЕНИЕ № ………….

Прошу принять моего ребенка в муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение « Детский сад комбинированной направленности №5» города Сосновоборска, ул. Солнечная 9 а на основании направления Управления образования города Сосновоборска

№ ……………………………………..от……………………….

Ф.И.О. ребенка ………………….………………………………………………………………………………

Место рождения: ……………………………. ………………………………………..........................................

Дата рождения ………………………...………………………………… года рождения

СНИЛС ребенка …………………………………………………………….

 Ф.И.О. родителей, законных представителей: …………………………………………………………………….

 …………………………………………………….. ……………….

 Адрес места жительства ребенка и его родителей (законных представителей), телефоны:

г. ………………………….., ул. ………………………………………….., дом ……. кв……

г. ………………………….., ул. ………………………………………….., дом ……. кв……

 8 ……………………………………….

 8………………………………………...

**Ознакомлен(а)**

1.Устав автономного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад комбинированной направленности №5» города Сосновоборска

2.Лицензия № 8014-л от 18 мая 2015 года, на осуществление образовательной деятельности по указанным в приложении образовательным программам.

3.Свидетельство о государственной регистрации.

4.Образовательная программа МАДОУ ДСКН № 5 г. Сосновоборска.

5.Постановление администрации г. Сосновоборска от 21.03.2018 № 324 о закреплении территориальных участков за муниципальными образовательными учреждениями города Сосновоборска.

Мною дано согласие на обработку персональных данных родителя ( законного представителя) и персональных данных ребенка, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**Мною представлены документы для зачисления ребенка:**

1.Направление УО

2.Копия свидетельства о рождении ребенка

3.Копия паспорта

4. Свидетельство о регистрации по месту жительства ребенка (выписка из домовой книги)

5.Медицинская карта

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приказ о зачислении №……………………………………от……………………………………….