

Заведующему муниципального бюджетного
дошкольного образовательного учреждения
«Детский сад № 249 компенсирующего вида»
Никифоровой Елене Валерьевне

Родителя (законного представителя) ребенка:

_____;
(ф.и.о., полностью)

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

(место проживания)

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу принять моего ребенка _____
(Ф.И.О. ребенка, дата и место рождения)

в муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 249
компенсирующего вида», в группу для занятий по

(дата)

(подпись)

С Уставом МБДОУ, лицензией на право ведения образовательной деятельности, Положением «об организации дополнительных платных образовательных услуг», Постановлением Администрации города Красноярск "Об утверждении тарифов (цен) на платные услуги (работы), оказываемые муниципальным бюджетным дошкольным образовательным учреждением « Детский сад № 249 компенсирующего вида» от 07.10.2020 № 789, № 343 от 18.05.2021, графиком проведения занятий на оказание платных услуг ознакомлен(а).

ознакомлен:

(дата)

(подпись Заявителя)

С обработкой персональных данных родителей (законных представителей) и персональных данных ребенка согласен (согласна).

(дата)

(подпись Заявителя)

Регистрационный номер заявления	Дата принятия заявления	Заявление принял	
		Ф.И.О.	Подпись