**\* отмечены поля обязательные для заполнения**

Начальнику Управления

общего и дошкольного образования

Администрации города Норильска

от гр.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление\*

Прошу поставить на учет для определения в детский сад:

\*Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребенка

\*Дата рождения ребенка:

(число, месяц, год рождения)

\*Гражданство Без гражданства

(указать страну) (отметить)

\*Свидетельство о рождении Серия Номер

\*Пол ребенка

СНИЛС ребенка

\*Ф.И.О. родителя (законного представителя)

\*Степень родства с ребенком

/мать, отец, опекун, доверенное лицо/

Дата рождения родителя (законного представителя):

\*Паспорт Серия Номер Дата выдачи

\*Кем выдан

СНИЛС родителя (законного представителя)

\*Контактный телефон

Е-mail (при наличии):

\*Адрес регистрации по месту жительства, месту пребывания, фактического нахождения) родителя (законного представителя)

/индекс, город, район, улица дом, квартира/

\*Основание для постановки в льготную очередь (при наличии), реквизиты документа, подтверждающего право на специальные меры поддержки (гарантии)отдельных категорий граждан и их семей:

\*Медицинские ограничения у ребенка (отметить):

медицинские ограничения отсутствуют

ребенок с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ)

ребенок-инвалид

ребенок инвалид с ОВЗ

Реквизиты документа, подтверждающего потребность в обучении по адаптированной программе: Дата выдачи Срок действия Кем выдан

Реквизиты документа, подтверждающего потребность в оздоровительной группе:

Дата выдачи Срок действия Кем выдан

Выбор направленности группы (отметить 1 вариант):

общеобразовательная

для детей с нарушением речи

для детей с нарушением зрения

для детей с нарушением слуха

для детей с нарушением интеллекта

для детей с аутизмом

для детей с задержкой психического развития

для детей с умственной отсталостью

для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата

для часто болеющих детей

для детей с туберкулезной интоксикацией

для детей с иными ограниченными возможностями здоровья

\* Для детей, имеющих преимущественное право на прием на обучение в МДОУ, в которых обучаются их братья и (или) сестры (да/нет)

Номер МДОУ и фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) брата или сестры ребенка, который посещает дошкольное учреждение

\*Приоритетное(ые) образовательное(ые) учреждение(я) (указать не менее 1 и не более 3-х учреждений в порядке приоритета)

\*Согласие на направление в другие дошкольные образовательные организации вне перечня выбранных для приема, если нет мест в выбранных дошкольных образовательных организациях (да/нет)

\*Желаемый год поступления в образовательное учреждение

Копию свидетельства о рождении ребенка, документы, подтверждающие основания

для постановки в льготную очередь (указывается при наличии), прилагаю.

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/дата/ /подпись/ /расшифровка подписи/