

Учётный №

Заведующему Государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада № 94 компенсирующего вида Невского района СПб  
Дмитриевой Татьяне Алфеевне

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее- при наличии) заявителя)  
Адрес регистрации \_\_\_\_\_

(Документ, удостоверяющий личность заявителя (№,серия,,дата выдачи, кем выдан) \_\_\_\_\_

(документ, подтверждающий статус законного представителя ребёнка(№,серия, дата выдачи ,кем выдан) \_\_\_\_\_

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребёнка (сына, дочь) \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребёнка)

\_\_\_\_\_ (свидетельство о рождении ребёнка (№, серия, дата выдачи, кем выдан)

\_\_\_\_\_ (дата и место рождения)

\_\_\_\_\_ (место регистрации ребенка)

\_\_\_\_\_ (место проживания ребёнка)

в Государственное бюджетное дошкольное ОУ детский сад № 94 компенсирующего вида детский сад № 94 Невского района Санкт-Петербург

(наименование ОУ)

в группу компенсирующей направленности с \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года  
язык образования

С лицензией образовательной организации ГБДОУ детского сада № 94 компенсирующего вида (далее - ОУ) на право осуществления образовательной деятельности, уставом ОУ, осуществляющей образовательную деятельность по реализации образовательной программы дошкольного образования адаптированной для детей с ОВЗ

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребёнка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка)

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Даю согласие на обучение моего ребёнка, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_