

Учетный номер _____

Руководителю Государственного бюджетного
дошкольного образовательного учреждения
детский сад № 310 комбинированного вида
Московского района
Санкт-Петербурга
М.И.Войтенко
от

_____ (фамилия, имя, отчество
(последнее - при наличии) заявителя)
Адрес регистрации _____

_____ (документ,
удостоверяющий личность заявителя
(N, серия, дата выдачи, кем выдан))

_____ (документ, подтверждающий статус
законного представителя ребенка
(N, серия, дата выдачи, кем выдан))

Контактные телефоны: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании заключения Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Московского района Санкт-Петербурга прошу перевести моего ребенка (сына, дочь) -

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка)

_____ (свидетельство о рождении ребенка (N, серия, дата выдачи, кем выдано))

_____ (дата и место рождения)

_____ (место регистрации ребенка)

_____ (место проживания ребенка)

в ГБДОУ детский сад №310 Московского района Санкт-Петербурга в группу компенсирующей направленности, реализующей, обучение по образовательной программе дошкольного образования, адаптированной для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (с тяжелыми нарушениями речи) с _____

С лицензией ГБДОУ детский сад №310 (далее-ОУ) на право реализации образовательной деятельности, Уставом ОУ, адаптированной образовательной программой, реализуемой в ГБДОУ детский сад №310 ознакомлен

Дата _____ Подпись _____

Язык обучения _____

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка _____
Ф.И.О. ребенка

Дата _____ Подпись _____

Даю согласие на обучение моего ребенка _____ по адаптированной образовательной программе дошкольного образования

Дата _____ Подпись _____

