

Учетный номер _____

Заведующему государственного
бюджетного дошкольного
образовательного учреждения детского
сада № 102 комбинированного вида
Невского района Санкт-Петербурга
Г.А. Алавидзе
от _____

(указать полностью Ф.И.О. законного представителя
ребенка)

паспорт: серия _____ № _____

выдан _____

дата выдачи _____

адрес регистрации _____

Контактные телефоны _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь) _____

(Фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____,

свидетельство о рождении ребенка (серия, №, дата выдачи, кем выдано _____

место регистрации ребенка _____,

место проживания ребенка _____

в группу **компенсирующей** направленности государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада № 102 комбинированного вида Невского района Санкт-Петербурга с **01 сентября 2022 года**.

Режим пребывания - 12 часов (с 7.00 до 19.00).

С лицензией ГБДОУ детского сада № 102 Невского района Санкт-Петербурга на право осуществления образовательной деятельности, уставом ГБДОУ детского сада № 102 Невского района Санкт-Петербурга, осуществляющим образовательную деятельность по реализации образовательной программы дошкольного образования, образовательной программой, реализуемой в ГБДОУ детский сад № 102 Невского района Санкт-Петербурга, размещенных на сайте образовательного учреждения, ознакомлен (а).

_____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка)

Даю согласие оператору ГИС ЕИААСБУ (Комитет финансов СПб, адрес: 191144, СПб, Новгородская ул., д. 20, Литер А) на обработку моих персональных данных и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

_____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка)

Даю согласие на обучение моего ребенка (ФИО) _____, по основной общеобразовательной программе - образовательной программе дошкольного образования, адаптированной для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ФФНР, ТНР), на русском языке, как родном языке.

_____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка)

Даю согласие на проведение психолого-педагогического обследования моего ребенка (ФИО) _____ специалистами психолого-педагогического консилиума дошкольного учреждения

_____ (дата) _____ (подпись) _____ (расшифровка)