

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 **общеразвивающей** 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 на русском языке, как родном языке \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись)  
\_\_\_\_\_ (расшифровка)

Даю согласие на проведение психолого-педагогического обследования специалистами психолого-педагогического консилиума дошкольного учреждения моего ребенка (ФИО) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка)