

И.о. директора Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 619 Калининского района Санкт-Петербурга
М.А. Нечаевой

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

(адрес регистрации)

Паспорт: _____ № _____, выдан « _____ » _____ 20__ г.
кем _____

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

Контактные телефоны _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребёнка (сына, дочь) - _____
(фамилия, имя, отчество)

(дата и место рождения)

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

(место регистрации ребёнка)

(место проживания ребёнка)

в отделение дошкольного образования Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 619 Калининского района Санкт-Петербурга

в группу _____ с « _____ » _____ » 20__ года.

Язык образования _____

С лицензией ОО на право осуществление образовательной деятельности, уставом ОО, осуществляющей образовательную деятельность по реализации образовательной программы дошкольного образования, образовательной программой, реализуемой в ОО ознакомлен(а)

(дата, подпись)

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребёнка _____

(Ф.И.О. ребенка)

(дата, подпись)

« _____ » _____ 20__ года _____ / _____
(подпись/ расшифровка)

*Даю согласие на обучение моего ребенка, _____
(фио ребенка)

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования.

Дата _____

Подпись _____