Директору МБОУ Новоропской СОШ Слываковой С.В.

_____

_____,

(Ф.И.О. *(последнее- при наличии)* заявителя)

Контактные телефоны: дом._____

моб._____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить в дошкольную группу МБОУ Новоропской СОШ с_____20____г. ребенка

_____

_____

_____

_____

(Ф.И.О. *(последнее- при наличии)*,**ребенка, дата рождения, место рождения)**

проживающего по адресу: _____

_____

Информация о родителях (законных представителях) ребёнка

Мать:_____

_____

_____

Отец:_____

_____

_____

(***Обязательные сведения:*** Ф.И.О.*(последнее- при наличии)*, адрес места жительства, контактный телефон)

С Уставом, лицензией на образовательную деятельность, образовательной программой дошкольного образования, реализуемой учреждением, с документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями воспитанников **(не) ознакомлены (а)** ***(нужное подчеркнуть)***

Договор об образовании по программам дошкольного образования между учреждением и родителями (законными представителями) ребёнка **(не) подписан** ***(нужное подчеркнуть)***

Заявление-согласие на обработку персональных данных ребёнка и его родителей (законных представителей) **(не) оформлено** ***(нужное подчеркнуть)***

Документы и информация в соответствии с Правилами приёма граждан на обучение по образовательным программам дошкольного образования в МБОУ Новоропскую СОШ

(не) предоставлены ***(нужное подчеркнуть)***

Выбор языка образования:_____

Выбор родного языка:_____

Прошу информировать о приёме (отказе в приёме) ребёнка в учреждение следующим способом *(по выбору заявителя)*

Телефонный звонок (номер _____)

Почта (адрес _____)

Электронная почта (адрес _____)

_____ _____

(Дата) (Подпись одного из родителей)

_____ _____

(Дата) (Подпись второго родителя)