

Заведующему Государственным бюджетным  
дошкольным образовательным учреждением  
детский сад № 17 комбинированного вида  
Приморского района Санкт-Петербурга  
Л. А. Киселевой

от \_\_\_\_\_  
(ФИО заявителя)

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(документ, удостоверяющий личность заявителя,

\_\_\_\_\_  
(№, серия, дата выдачи, кем выдан)

\_\_\_\_\_  
(документ, подтверждающий статус законного представителя  
ребенка)

\_\_\_\_\_  
(№, серия, дата выдачи, кем выдан)

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь) - \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребенка)

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(дата и место рождения)

\_\_\_\_\_

(место регистрации ребенка)

\_\_\_\_\_

(место проживания ребенка)

В \_\_\_\_\_

(наименование ОУ)

в группу \_\_\_\_\_

(вид группы)

с \_\_\_\_\_

язык образования в соответствии с Уставом \_\_\_\_\_

С лицензией образовательного учреждения ГБДОУ детский сад № 17 Приморского района Санкт-Петербурга (далее – ОУ) на право реализации образовательной деятельности, уставом ОУ, образовательной программой, реализуемой в ОУ, ознакомлен.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка \_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка)

\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Даю согласие на обучение моего ребенка \_\_\_\_\_,  
(ФИО ребенка)

по образовательной программе дошкольного образования, адаптированной для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (с тяжелым нарушением речи).

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_