

Руководителю МАДОУ д/с № 166 города Тюмени  
родителя (законного представителя)

фамилия \_\_\_\_\_

имя \_\_\_\_\_

отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан когда \_\_\_\_\_ кем \_\_\_\_\_

Место жительства:

Город \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу поставить на учет для направления в один из нижеперечисленных детских садов моего(ей) сына (дочери) _____ _____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата рождения)	
Реквизиты свидетельства о рождении	
Реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии)	
адрес места жительства/пребывания/проживания (нужное подчеркнуть) ребенка: город _____, улица _____ дом _____ корп. _____ кв. _____	
Сведения о втором родителе (законном представителе): фамилия _____ имя _____ отчество (при наличии) _____; адрес электронной почты: _____ телефон _____	
Желаемая дата зачисления	_____ (указать дату)
Желаемые учреждения:	1. _____ 2. _____ 3. _____
Выбор языка образования: <u>русский</u> (с учетом языка, определенного локальным нормативным актом образовательного учреждения, реализующего основную образовательную программу дошкольного образования)	
Выбор направленности группы: <input type="checkbox"/> общеразвивающая, <input type="checkbox"/> компенсирующая, <input type="checkbox"/> оздоровительная, <input type="checkbox"/> комбинированная	
Выбор необходимого режима пребывания ребенка: <input type="checkbox"/> полный день, <input type="checkbox"/> кратковременное пребывание	
<input type="checkbox"/>	Согласие на группу кратковременного пребывания
<input type="checkbox"/>	Согласие на посещение консультационно-методического пункта
<input type="checkbox"/>	Необходимость обучения ребенка по адаптированной образовательной программе (в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)
<input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/>	Наличие права преимущественного зачисления в _____
	_____ (указать наименование учреждения, которое посещает брат/сестра ребенка)
	_____ (указать Фамилию Имя Отчество (последнее - при наличии) брата/сестры, посещающего одно из выбранных учреждений)

К заявлению прилагаю следующие документы:	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____
	6. _____
	7. _____
	8. _____
	9. _____
	10. _____

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Я даю согласие на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных своих и своего ребенка, а именно на сбор, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, передачу и уничтожение следующих персональных данных:

- данные свидетельства о рождении ребенка;
- паспортные данные родителей (законных представителей);
- данные, подтверждающие законность представления прав ребенка;
- адрес регистрации и проживания ребенка и родителей (законных представителей), контактные телефоны родителей (законных представителей);

выбранный способ направления результата услуги отметить знаком "X"	в виде бумажного документа		в виде электронного документа	
	При личном обращении	Почтовым отправлением	Посредством электронной почты	
Способ направления результата услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (адрес электронной почты)

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_