

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

фамилия \_\_\_\_\_

имя \_\_\_\_\_

отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Место жительства:

Город \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_

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

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

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу восстановить на учете для направления в детский сад города Тюмени моего(ю) сына (дочь)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата рождения)

В связи с (нужное отметить знаком "X"):

<input type="checkbox"/>	Изменением адреса регистрации по месту жительства (пребывания) _____ (указать новый адрес места жительства (пребывания))
<input type="checkbox"/>	Отсутствием (утратой) льготной категории, дающей право на внеочередное, первоочередное или преимущественное зачисление ребенка в Учреждение, предусмотренное действующим законодательством Российской Федерации
<input type="checkbox"/>	Необходимостью 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"/>	Другое _____ (указать причину)

и внести изменения в заявление о постановке на учет в подсистеме "Электронный детский сад" РЕГИСО.

Желаемая дата зачисления	_____ (указать дату)
--------------------------	----------------------

Желаемые учреждения:	1. _____ 2. _____ 3. _____
----------------------	----------------------------------

Выбор языка образования: русский (с учетом языка, определенного локальным нормативным актом образовательного учреждения, реализующего основную образовательную программу дошкольного образования)

Выбор направленности группы:

общеразвивающая,  компенсирующая,  оздоровительная,  комбинированная

Выбор необходимого режима пребывания ребенка:

полный день,  кратковременное пребывание

<input type="checkbox"/>	Согласие на группу кратковременного пребывания.
<input type="checkbox"/>	Согласие на посещение консультационно-методического пункта
<input type="checkbox"/>	Необходимостью 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"/>	Наличие права на специальные меры поддержки (гарантии) отдельных категорий граждан и их семей (при наличии)

<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. _____

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 \_\_\_\_\_