

Регистрационный номер _____

Директору ГБОУ СОШ №29 г. Сызрани
(наименование образовательного учреждения)
Шапошниковой М.А.
(фамилия и инициалы директора)
Фамилия, имя, отчество _____

_____ родителя (законного представителя)
проживающего по адресу: _____

_____ Контактный телефон (домашний, мобильный) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка (сына, дочь) _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ в _____ группу
_____ направленности структурного
подразделения ГБОУ СОШ №29 г. Сызрани, реализующего общеобразовательные программы
дошкольного образования «Детский сад № 10», расположенного по адресу: 446010, Самарская область,
г. Сызрань, ул. Гоголя, д.15-А.

Язык обучения _____

Дата рождения ребенка _____ Место рождения ребенка _____

Место проживания ребенка и родителей (фактическое): _____

_____ место регистрации ребенка (если не совпадает с адресом проживания) _____

Мать (Ф.И.О.) _____

Контактный телефон (домашний, мобильный) _____

Отец (Ф.И.О.) _____

Контактный телефон (домашний, мобильный) _____

К заявлению прилагаю следующие документы (перечислить):

1) Копия свидетельства о рождении ребенка _____ ;

2) Медицинское заключение о состоянии здоровья ребенка (форма № 026/у-2000) ;

3) _____ ;

4) _____ ;

5) _____ ;

6) _____ ;

_____ « _____ » _____ 20 ____ года
(подпись)

Ознакомлен(а) с документами, регламентирующими прием в учреждение и организацию образовательного процесса (Уставом образовательного учреждения, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, образовательной программой и иными документами:

_____).
_____ « _____ » _____ 20 ____ года
(подпись)