ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

к постановлению администрации

муниципального образования

город Краснодар

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_

«ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

к административному регламенту

предоставления администрацией

муниципального образования город

Краснодар муниципальной услуги

«Приём заявлений, постановка на учёт

и зачисление детей

в образовательные организации,

реализующие образовательную

программу дошкольного образования

(детские сады)»

**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ**

**об определении ребёнка в образовательную организацию, реализующую образовательную программу дошкольного образования**

Председателю комиссии по рассмотрению заявлений граждан о предоставлении мест в образовательные организации, реализующие образовательную программу дошкольного образования при администрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать внутригородской округ города Краснодара)

внутригородского округа города Краснодара

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., адрес, телефон заявителя)

заявление

Прошу предоставить место в образовательной организации для моего ребёнка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя. отчество, дата рождения)

состоящего (ей) на учёте для определения в образовательную организацию с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(дата постановки на учёт)

Посещает образовательную организацию № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Желаемая образовательная организация № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Льгота: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Выбор языка образования, родного языка из числа языков народов Российской Федерации, в том числе русского языка как родного языка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребёнка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Направленность дошкольной группы: | |
|  |  |
|  | общеразвивающей направленности |
|  |  |
|  | компенсирующей направленности |
|  |  |
|  | оздоровительной направленности |
|  |  |
|  | комбинированной направленности |
|  | |
| Режим пребывания ребёнка: | |
|  |  |
|  | полный день |
|  |  |
|  | круглосуточное пребывание |
|  |  |
|  | кратковременное пребывание |

Дополнительно (особые жизненные ситуации): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* С электронной обработкой персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен (согласна)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_».