

Заведующему Государственным бюджетным  
дошкольным образовательным учреждением центром  
развития ребёнка – детским садом № 2 Колпинского  
района Санкт - Петербурга

Тарасенко Светлане Александровне

от

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя)

Адрес регистрации:

(документ, удостоверяющий личность заявителя  
(№, серия, дата выдачи, кем выдан))

(документ, подтверждающий статус законного представителя ребёнка  
(№, серия, дата выдачи, кем выдан))

Контактные телефоны:

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребёнка (сына, дочь) -

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребенка)

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

(дата и место рождения)

---

---

( место регистрации ребенка)

---

---

---

( место проживания ребенка)

в Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение центр развития ребёнка – детский сад № 2 Колпинского района Санкт - Петербурга

в группу \_\_\_\_\_

(вид группы)

с \_\_\_\_\_

С лицензией образовательной организации Государственное бюджетное дошкольное образовательное учреждение центр развития ребёнка – детский сад № 2 Колпинского района Санкт - Петербурга (далее – ОО) на право осуществления образовательной деятельности, уставом ОО, осуществляющей образовательную деятельность по реализации образовательной программы дошкольного образования, образовательной программой, реализуемой в ОО ознакомлен.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребёнка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Даю согласие на обучение моего ребёнка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования.

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_