

ЗАЯВЛЕНИЕ

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Заведующему \_\_\_\_\_ государственным  
учреждением образования  
«Положевичский \_\_\_\_\_ детский  
сад Стародорожского района»

\_\_\_\_\_  
(фамилия, \_\_\_\_\_ инициалы \_\_\_\_\_ руководителя)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы одного из законных представителей)

зарегистрированного (ой) по месту  
жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(адрес)

контактный телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дом., раб., моб. тел.)

Прошу зачислить моего ребенка \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество)

\_\_\_\_\_ года рождения,  
(дата рождения)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года,  
в \_\_\_\_\_ группу, с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_ лет, с белорусским (тип  
группы) (русским) языком обучения, с режимом работы \_\_\_\_\_ часов (а).  
(3; 7; 10,5)

С Уставом учреждения ознакомлен (а).

Обязуюсь обеспечивать условия для получения образования и развития моего ребенка, уважать честь и достоинство других участников образовательного процесса, выполнять требования учредительных документов, а также выполнять иные обязанности, установленные актами законодательства в сфере образования, локальными нормативными правовыми актами учреждения образования.

К заявлению прилагаю:

(нужное подчеркнуть)

Направление в учреждение

Медицинскую справку о состоянии здоровья ребенка

Заключение врачебно-консультационной комиссии

Заключение государственного центра коррекционно-развивающего обучения и реабилитации

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия)