

Приложение 3
к Порядку перевода обучающихся из муниципальной
или иной частной образовательной организации,
осуществляющей образовательную деятельность по
образовательным программам дошкольного образования
в ООО МИП «Центр развития талантов ребенка»

Генеральному директору
ООО МИП «Центр развития талантов ребенка»
Т. А. Боженко

от _____
*фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)
родителя (законного представителя) полностью*

*реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя
(законного представителя)*

проживающего по адресу: город Сургут
улица _____
дом _____ квартира _____
телефон _____
электронная почта _____

от _____
*фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)
родителя (законного представителя) полностью*

*реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя
(законного представителя)*

проживающего по адресу: город Сургут
улица _____
дом _____ квартира _____
телефон _____
электронная почта _____

Заявление № _____
от «__» _____ 20__ г.

Прошу принять (зачислить) на обучение по образовательной программе дошкольного образования в ООО МИП «Центр развития талантов ребенка» моего (нашего) ребенка

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка полностью)
в связи с переводом из _____

_____ (наименование ДОУ, из которого осуществляется перевод)

Причина перевода _____

дата рождения: _____

реквизиты записи акта о рождении ребенка или свидетельства о рождении ребенка: _____

адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка: _____

реквизиты документа, подтверждающего установление опеки (при наличии): _____

в возрастную группу от _____ до _____ лет полного дня общеразвивающей направленности с «__» _____ 20__ г.

(желаемая дата приема на обучение)

язык образования _____; изучение _____ языка в качестве родного.

Выражаю(ем) потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида:

Да	Нет
----	-----

Подпись родителя (законного представителя) (_____ фамилия, инициалы)

Подпись второго родителя (законного представителя) (_____ фамилия, инициалы)

