

В управление образования  
администрации муниципального  
образования Староминский район

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)  
родителя (законного представителя) ребенка)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о предоставлении муниципальной услуги

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)  
родителя (законного представителя) ребенка

реквизиты документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_,  
реквизиты документа, подтверждающего законное представительство ребенка

\_\_\_\_\_  
(в случае установления опеки)

как \_\_\_\_\_ прошу поставить на учет в качестве  
(указать: родитель/законный представитель)

нуждающегося в предоставлении места в муниципальной образовательной  
организации \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка,  
дата рождения (день, месяц, год)

реквизиты свидетельства о рождении \_\_\_\_\_,  
(серия, номер, дата выдачи)

проживающего по адресу \_\_\_\_\_,

адрес места жительства (места пребывания, места фактического  
проживания (край (область), район (округ),  
населенный пункт, улица, № дома, корпус, квартира)

а также направить на обучение с \_\_\_\_\_  
(желаемая дата приема на обучения)

в муниципальную образовательную организацию \_\_\_\_\_  
(наименование образовательной организации)

с предоставлением возможности обучения:

язык образования \_\_\_\_\_, родной язык из числа языков народов  
Российской Федерации \_\_\_\_\_;

необходимый режим пребывания ребенка \_\_\_\_\_;  
(полного дня (10,5-часового пребывания)/  
кратковременного пребывания (3-часовое пребывание)

направленность группы \_\_\_\_\_.  
(общеразвивающая, компенсирующая,  
комбинированная, оздоровительная)

Потребность в обучении ребенка по адаптированной образовательной  
программе дошкольного образования \_\_\_\_\_.  
(имеется/отсутствует)

\_\_\_\_\_  
(указать реквизиты заключения психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии))

Потребность в создании специальных условий для организации обучения и  
воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой

реабилитации инвалида \_\_\_\_\_.  
(имеется/отсутствует)

При отсутствии мест для приема в указанной муниципальной образовательной организации прошу направить на обучение в следующие по списку образовательные организации \_\_\_\_\_.  
(указать не более пяти образовательных организаций в порядке приоритета)

В связи с положенными мне специальными мерами поддержки (гарантиями) (право на внеочередное или первоочередное предоставление места в образовательной организации) прошу оказать данную услугу во внеочередном (первоочередном) *(нужное подчеркнуть)* порядке. Соответствующие документы, подтверждающие право, прилагаются.

Наличие у ребенка полнородных и неполнородных братьев и (или) сестер, обучающихся в образовательной организации, выбранной для приема ребенка \_\_\_\_\_  
(фамилия(-ии), имя (имена), отчество(-а)(последнее - при наличии) братьев и (или) сестер)

Контактные данные родителей (законных представителей):

номер телефона (при наличии) \_\_\_\_\_

адрес электронной почты (при наличии) \_\_\_\_\_

Приложение: \_\_\_\_\_  
(документы, которые представил заявитель)

О результате предоставления муниципальной услуги прошу сообщить мне:

по телефону: \_\_\_\_\_

по почтовому адресу: \_\_\_\_\_

по адресу электронной почты: \_\_\_\_\_

через МФЦ: \_\_\_\_\_

*(нужное вписать)*

С обработкой персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» согласен (согласна).

Дата \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_

Индивидуальный номер заявления: \_\_\_\_\_