

Директору государственного бюджетного
общеобразовательного учреждения школы №755
«Региональный Центр аутизма» Василеостровского района
Санкт-Петербурга

_____ (полное наименование ОУ)

_____ (Ф. И. О. руководителя)

от _____
(ФИО (последнее-при наличии) заявителя)

Адрес регистрации: _____

_____ (регион, город, район города, область, населенный пункт, улица,

_____ дом, корпус, литера, квартира, индекс)

Сведения о документе, удостоверяющем личность
заявителя _____

_____ (серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

Сведения о документе, подтверждающем статус законного
представителя ребёнка:

_____ (серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

Адрес электронной почты _____

Контактные телефоны: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь) –

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее-при наличии) ребенка),

_____ (свидетельство о рождении ребёнка (серия, №, дата выдачи, кем выдано)

_____ (дата и место рождения)

_____ (место регистрации ребёнка), (место проживания ребёнка)

_____ (место проживания ребёнка)

в дошкольное отделение ГБОУ № 755 Санкт-Петербурга «Региональный Центр аутизма»

В _____ с _____
(направленность дошкольной группы)

Язык обучения _____

С лицензией образовательного учреждения ГБОУ № 755 Санкт-Петербурга «Региональный Центр аутизма» (далее – ОУ) на право осуществления образовательной деятельности, уставом ОО, осуществляющего образовательную деятельность по реализации образовательной программы дошкольного образования, образовательной программой, реализуемой в ОУ, ознакомлен.

Дата _____ Подпись _____

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка

_____ (ФИО ребёнка),

Дата _____ Подпись _____

Даю согласие на обучение моего ребенка

_____ (ФИО ребёнка),

по адаптированной образовательной программе дошкольного образования.

Дата _____ Подпись _____