

Директору МБУ Центр «Росток»  
Ивановой О.В.  
от родителя (законного представителя)

**заявление**

Прошу принять моего ребёнка \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребёнка)

в Муниципальное бюджетное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Росток» в группу компенсирующей направленности с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Дата и место рождения ребёнка \_\_\_\_\_

Адрес места жительства ребёнка \_\_\_\_\_

Ф.И.О. матери, адрес места жительства, телефон \_\_\_\_\_

Ф.И.О. отца, адрес места жительства, телефон \_\_\_\_\_

Мною предъявлен паспорт (оригинал), свидетельство о рождении ребёнка (оригинал).

Мною предоставлены следующие документы:

- **направление (путёвка)** Управления образования администрации городского округа «Город Йошкар-Ола» № \_\_\_\_\_
- **медицинское заключение** (медицинская карта ребёнка (ф. 026/у-2000 «Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений», утв. приказом Минздрава России от 03.07.2000 № 241)
- **выписка из протокола городской ПМПК**
- **копия свидетельства о рождении ребенка или документ подтверждающий родство заявителя, или законность представления прав ребенка**
- **документ, содержащий сведения о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания**
- **документ о наличии инвалидности** (при наличии) \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
дата подпись (Ф.И.О.)

С Уставом учреждения, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности воспитанников ознакомлен(а).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
дата подпись (Ф.И.О.)

С Положением об обработке персональных данных в МБУ Центр «Росток» ознакомлен(а).  
На обработку своих персональных данных и персональных данных моего ребенка согласен(а).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
дата подпись (Ф.И.О.)