

№ _____ « _____ » _____ 20 _____ г.
номер и дата регистрации заявления

Главному врачу
ГБУЗ А-С ДТС
Романовой Л.Н.

(ФИО полностью родителя (законного
представителя))

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка _____

(фамилия, имя отчество(последнее- при наличии), дата рождения)
проживающего по адресу: _____

(область, город, улица (переулок), дом, квартира

на обучение по основной образовательной программе дошкольного образования
государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Анжеро-Судженский
детский туберкулезный санаторий»

Язык образования – русский, родной язык из числа языков народов России -

Сведения о родителях (законных представителях)

Мать (законный представитель):

(фамилия, имя отчество полностью)

(адрес места жительства)

(контактный телефон)

Отец (законный представитель):

(фамилия, имя отчество полностью)

(адрес места жительства)

(контактный телефон)

С Уставом ГБУЗ А-С ДТС, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательными программами, реализуемыми ГБУЗ А-С ДТС и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями воспитанников ознакомлен(а), а также своей подписью заверяю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, необходимых для образовательных отношений, в соответствии с действующим законодательством РФ.

ФИО матери (законного представителя)
« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись)

ФИО отца (законного представителя)
« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись)