

Руководителю МАДОУ ЦРР д/с № 110 города Тюмени

Гнусаревой Л.А.

родителя (законного представителя)

фамилия \_\_\_\_\_

имя \_\_\_\_\_

отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Место жительства:

Город \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_

дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу внести изменения в заявление о постановке на учет для направления в Учреждение для моего (ей) сына (дочери):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), дата рождения)

в подсистеме "Электронный детский сад" РЕГИСО, в части (нужное отметить):

<input type="checkbox"/>	Изменения адреса места жительства/пребывания/проживания (нужное подчеркнуть) ребенка, изменение приоритетного и/или желаемого ДОУ: _____ (указать новый адрес и/или номера желаемых учреждений): 1. _____ 2. _____ 3. _____
<input type="checkbox"/>	Изменения фамилии, имени, отчества ребенка: _____ (указать новые фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка)
<input type="checkbox"/>	Изменения желаемой даты зачисления в ДОУ: _____._____._____ (указать дату)
<input type="checkbox"/>	Возникновение права на внеочередное, первоочередное или преимущественное зачисление в детский сад: _____ (указать льготную категорию или фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), дату рождения, реквизиты записи акта о рождении ребенка (дата составления и номер) и (или) свидетельства о рождении или иного документа, удостоверяющего личность (серия, номер документа и дата рождения) брата/сестры ребенка)
<input type="checkbox"/>	Прекращение права на внеочередное, первоочередное или преимущественное зачисление в детский сад.
<input type="checkbox"/>	Согласие на группу кратковременного пребывания.
<input type="checkbox"/>	Необходимость обучения ребенка по адаптированной образовательной программе (в соответствии с заключением психолого-медико-педагогической комиссии) и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии)
<input type="checkbox"/>	Необходимость обучения ребенка в группе оздоровительной направленности
<input type="checkbox"/>	Согласие на посещение консультационно-методического пункта
К заявлению прилагаю следующие документы:	1. _____ 2. _____

	3. _____ _____
--	-------------------

выбранный способ направления результата услуги отметить знаком "X"	в виде бумажного документа		в виде электронного документа	
	При личном обращении	Почтовым отправлением	Посредством электронной почты	
Способ направления результата услуги	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ (адрес электронной почты)

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_