|  |
| --- |
| Заведующему МДОУ |
| «Детский сад №133» |
| Плещевой Юлии Владимировне |
| (ФИО руководителя)  от |
|  |
| СНИЛС |
| (ФИО родителей (законных представителей))  Проживающего(ей) по адресу: |
|  |
|  |
| Паспорт: серия № |
| Когда и кем выдан: |
|  |
|  |
| Код подразделения: |
| Дата рождения: |
| Зарегистрированного (ой) по адресу: |
|  |
|  |
|  |
| Телефон: |
| Телефон моб.: |
|  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу сохранить место в МДОУ «Детский сад № 133» за моим ребенком

(ФИО ребенка полностью, дата и место рождения)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении серия \_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированного (ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

предоставленное решением комиссии департамента образования мэрии города Ярославля по комплектованию образовательных учреждений реализующих программы дошкольного образования от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года Протокол № \_\_\_\_\_

На период медицинского обследования

с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г.

Предупреждение о сроке предоставления документов до «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)