

Приложение № 1  
к Административному регламенту  
Администрации города Смоленска по  
предоставлению муниципальной услуги  
«Постановка на учет и направление  
детей в образовательные учреждения,  
реализующие образовательные  
программы дошкольного образования»

(форма)

Начальнику Управления образования и  
молодежной политики Администрации  
города Смоленска

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. начальника)

### З А Я В Л Е Н И Е

#### о постановке на учет и направлении детей в образовательные учреждения, реализующие образовательные программы дошкольного образования

1. \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя) ребенка)

адрес места жительства\* \_\_\_\_\_

адрес места пребывания\*\* \_\_\_\_\_

адрес фактического проживания\*\*\* \_\_\_\_\_

адрес электронной почты/номер телефона (при наличии) \_\_\_\_\_.

|  |  |             |  |
|--|--|-------------|--|
| Реквизиты документа,<br>удостоверяющего личность |  |             |  |
| Серия, номер                                     |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан  |  |             |  |
| Дата рождения                                    |  |             |  |

Являюсь по отношению к ребенку \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

родителем,  усыновителем,  другим лицом.  
 опекуном,  попечителем,  
(сделать отметку в соответствующем квадрате)

Наличие права на специальные меры поддержки (гарантии) отдельных категорий граждан и их семей для направления ребенка в образовательные учреждения, реализующие образовательную программу дошкольного образования (внеочередное, первоочередное или преимущественное право):  имею  не имею  
(сделать отметку в соответствующем квадрате)

2. Представитель \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя)

адрес места жительства\* \_\_\_\_\_,

адрес места пребывания\*\* \_\_\_\_\_,  
 адрес фактического проживания\*\*\* \_\_\_\_\_,  
 адрес электронной почты/номер телефона (при наличии) \_\_\_\_\_.

|   |             |
|---|-------------|
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя |             |
| Серия, номер  | Дата выдачи |
| Кем выдан   |             |

|   |             |
|---|-------------|
| Реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя |             |
| Серия, номер  | Дата выдачи |
| Кем выдан   |             |

3. Прошу поставить на учет для направления в образовательные учреждения, реализующие образовательную программу дошкольного образования, ребенка

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения (число, месяц, год))

адрес места жительства\* \_\_\_\_\_  
 адрес места пребывания\*\* \_\_\_\_\_  
 адрес фактического проживания\*\*\* \_\_\_\_\_.

|  |             |
|--|-------------|
| Реквизиты свидетельства о рождении ребенка |             |
| Серия, номер                               | Дата выдачи |
| Кем выдан                                  |             |
| Дата рождения                              |             |

- 1) \_\_\_\_\_  
 (наименование образовательного учреждения, реализующего образовательную программу дошкольного образования, являющегося приоритетным для заявителя)
- 2) \_\_\_\_\_  
 (наименование образовательного учреждения, реализующего образовательную программу дошкольного образования, являющегося вторым по приоритетности для заявителя)
- 3) \_\_\_\_\_  
 (наименование образовательного учреждения, реализующего образовательную программу дошкольного образования, являющегося третьим по приоритетности для заявителя)

Имеются полнородные и неполнородные брат и (или) сестра \_\_\_\_\_  
 (Ф.И.О. брата / сестры, дата рождения)

\_\_\_\_\_, посещающие МБДОУ «Детский сад № \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ ».

Наличие потребности в обучении ребенка по адаптированной образовательной программе дошкольного образования и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка-инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии):  
 \_\_\_\_\_ имеется \_\_\_\_\_ не имеется  
 (сделать отметку в соответствующем квадрате)

Направленность дошкольной группы:

общеразвивающая  оздоровительная  компенсирующая  комбинированная

Заключение (рекомендации) ПМПК от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_ .

Санаторно-курортная карта областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Смоленский противотуберкулезный клинический диспансер» от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_.

Согласен на комплектование в любое образовательное учреждение, реализующее образовательную программу дошкольного образования, если не будет возможности направить в выбранные

Желаемая дата приема в образовательное учреждение, реализующее образовательную программу дошкольного образования, с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Режим пребывания:

группа кратковременного пребывания  группа полного дня (12-ти часового пребывания)  группа круглосуточного пребывания

Сведения о выборе языка образования: \_\_\_\_\_.

4. Я уведомлен(а) о необходимости представления подтверждающих документов для внеочередного, первоочередного или преимущественного права направления ребенка в образовательное учреждение, реализующее образовательную программу дошкольного образования, в случае истечения срока действия ранее представленных документов (в личном кабинете ЕПГУ или Регионального портала, через МФЦ, при личном обращении в УОиМП).

5. К заявлению прилагаю документы:

| № п/п | Наименование документа |
|-------|------------------------|
|       |                        |
|       |                        |
|       |                        |
|       |                        |

6. Достоверность сведений, указанных в заявлении, и ознакомление с положениями пункта 4 настоящего заявления подтверждаю.

Я как представитель ребенка даю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование и передачу) персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Ознакомлен(а) с тем, что могу отказаться от обработки моих персональных данных, подав соответствующее заявление.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Заявление гр. \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество заявителя)

принято \_\_\_\_\_ (дата) и зарегистрировано \_\_\_\_\_ (подпись специалиста, принявшего документы)

\*Указывается полный адрес места жительства гражданина, в случае его отсутствия ставится прочерк.  
 \*\*Заполняется, если гражданин имеет подтвержденное регистрацией место пребывания, в том числе при наличии подтвержденного регистрацией места жительства. Указывается полный адрес места пребывания гражданина, в случае его отсутствия ставится прочерк.  
 \*\*\*Заполняется, если адрес места фактического проживания гражданина не совпадает с местом жительства или местом пребывания либо гражданин не имеет подтвержденного регистрацией места жительства и места пребывания.

**РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ**

Заявление гр. \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество заявителя)

принято \_\_\_\_\_ и зарегистрировано \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись специалиста, принявшего документы)

-----  
(линия отрыва)

**РАСПИСКА-УВЕДОМЛЕНИЕ**

Заявление гр. \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество заявителя)

не принято \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись специалиста)

-----  
(линия отрыва)