

Завідувачу СДНЗ №232
Кончуковській Т.Л.
П.І.Б. батьків (або осіб, які їх
замінують)
адреса
м. Запоріжжя
вул. _____
буд. _____, кв. _____
тел.: _____ (моб., дом.)

ЗАЯВА

Прошу зарахувати мою дитину _____ (прізвище, ім'я та по-батькові дитини) _____ (дата народження дитини), до групи для дітей з порушенням ОРА № ____ з українською мовою навчання, з 12-годинним перебуванням з 06.30 до 18.30, _____ (дата) на підставі висновку про комплексну психолого-педагогічну оцінку розвитку дитини, здійснену інклюзивно-ресурсним центром Хортицького району від ____ (дата видачі протоколу) № ____, (кінцевий термін перебування дитини в СДНЗ №232 згідно з пунктом 7 висновку КППО розвитку дитини). Прошу звільнити мене від сплати за харчування моєї дитини. Із Статутом СДНЗ №232, Правилами внутрішнього розпорядку СДНЗ №232, Договором співпраці між СДНЗ та батьками ознайомлений (на).

Документи додаються:

1. Направлення ТВО Хортицького району.
2. Висновок КППО розвитку дитини від _____ №_____, здійснену інклюзивно-ресурсним центром Хортицького району.
3. Медична довідка про стан здоров'я дитини з висновком лікаря, що дитина може відвідувати дошкільний навчальний заклад та про епідеміологічне оточення.
4. Свідоцтво про народження дитини (копія).
5. Висновок лікарсько-консультативної комісії про встановлення дитині інвалідності (за наявності).
6. Індивідуальна програма реабілітації для дітей з інвалідністю (за наявності).
7. Рішення органу опіки та піклування (для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування)
8. Згоди на збір та обробку персональних даних, отриманих СДНЗ №232 відповідно до Закону України «Про збір та обробку персональних даних».

Дата

Особистий підпис батьків.