

Уч. № \_\_\_\_\_

Директору  
**ГБОУ школы № 300 Центрального района**  
**Санкт-Петербурга**  
(наименование образовательного учреждения)  
**Ильиной Ю.Б.**  
(фамилия и инициалы руководителя учреждения)  
от

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество полностью)  
Место регистрации (адрес) \_\_\_\_\_  
(индекс, город, улица, дом, кв.)

\_\_\_\_\_ - сведения о документе, удостоверяющем личность заявителя (№, серия, дата  
\_\_\_\_\_ выдачи, кем выдан)

\_\_\_\_\_ - сведения о документе, подтверждающем статус законного представителя  
\_\_\_\_\_ (№, серия, дата выдачи, кем выдан)

тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка (сына, дочь) –

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребенка)

\_\_\_\_\_ (свидетельство о рождении ребенка (№, серия, дата выдачи, кем выдан)

\_\_\_\_\_ (дата и место рождения)

\_\_\_\_\_ (место регистрации ребенка)

\_\_\_\_\_ (место проживания ребенка)

в ГБОУ школу № 300 Центрального района Санкт-Петербурга (отделение дошкольного образования) **в группу компенсирующей направленности с « » 2022 года**  
Язык обучения русский.

С лицензией образовательного учреждения ГБОУ школы №300 Центрального района Санкт-Петербурга (далее – ОУ) на право осуществления образовательной деятельности, уставом ОУ, осуществляющего образовательную деятельность по реализации образовательной программы дошкольного образования, образовательной программой, реализуемой в ОУ, ознакомлен.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. ребенка  
Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Даю согласие на обучение моего ребенка \_\_\_\_\_,  
по образовательной программе дошкольного образования, адаптированной для детей с ОВЗ  
(тяжелое нарушение речи).

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_