|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заведующему | | | | МДОУ «Детский сад № 2» |
|  | | | | (наименование учреждения) |
| Смирновой Елене Викторовне | | | | |
| (фамилия, имя, отчество заведующего) | | | | |
| Фамилия | |  | | |
| Имя |  | | | |
| Отчество | | |  | |
|  | | | (родителя (законного представителя) | |

проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу сохранить место в МДОУ «Детский сад № 2» за моим ребенком \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении серия \_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_, предоставленное решением комиссии департамента образования мэрии города Ярославля протокол от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. на срок не более 90 календарных дней для получения медицинского заключения с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

В случае неявки родителей ( законных представителей) в сроки, предоставленное место не сохраняется и перераспределяется в порядке учета детей в « Электронной очереди».

Ознакомлен «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)