

Заведующему МДОУ детского сада  
комбинированного вида №100  
Остроумовой К.В.

Ф.И.О. родителя (законного представителя)

Контактный телефон

### СОГЛАСИЕ

Даю согласие на прием в группу компенсирующей направленности (логопедическую) МДОУ № 100 моего ребенка

(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка)

( дата рождения ребенка)

Реквизиты свидетельства о рождении ребенка

(серия, номер свидетельства о рождении, кем выдано, дата выдачи)

с \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(желаемая дата приема на обучение)

Адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка

Реквизиты документа, подтверждающие потребность в обучении по адаптированной образовательной программе дошкольного образования \_\_\_\_\_

(заключение психолого-медико-педагогической комиссии, №, дата)

Сведения о родителях (законных представителей)

**Мать** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (последнее при наличии))

Реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя)

(паспортные данные)

**Отец** \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. (последнее при наличии))

Реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя)

(паспортные данные)

Адрес электронной почты, контактные телефоны родителей (законных представителей):

Мать \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_

Дата регистрации: \_\_\_\_\_