

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

ЗАЯВЛЕНИЕ в комитет образования администрации города Ставрополя о рассмотрении вопроса определения ребенка в муниципальное дошкольное образовательное учреждение города Ставрополя, регистрационный талон № _____		Повторное обращение талон № _____
Фамилия, имя ребенка		
Число, месяц, год рождения ребенка		
Ребенок, зарегистрирован по адресу		
Регистрация подтверждена		Дата: 02.07.2019
Предпочитаемые детские сады		Время: 09.00-13.00 14.00-17.00
Документы, подтверждающие право на внеочередное (первоочередное) предоставление места (перечислить)		выдан _____ (дата)
Фамилия, имя, отчество заявителя		_____ (подпись)
Контактный телефон		
Регистрационный талон прилагается. Согласие на обработку персональных данных прилагается. Дата _____ Подпись _____ Дата повторного обращения 02.07.2019 _____ подпись специалиста		