|  |
| --- |
| Заведующему МБДОУ д/с № 9 |
| Рыжовой Нонне Юрьевне |
|  |
| от  |  |
|  |
| (Ф.И.О родителя) |

**Заявление**

|  |
| --- |
| Прошу зачислить (перевести) моего ребенка  |
|  |  |
|  |

(ФИО)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| " " 20  | года рождения, место рождения |  |
|  |
| проживающего по адресу |  |

в группу компенсирующей направленности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с 20 г.

Мать (законный представитель)

 \_

 (Ф.И.О.)

адрес тел. \_

 (адрес места жительства)

Отец (законный представитель)

 \_

 (Ф.И.О.)

адрес тел. \_

 (адрес места жительства)

**Согласен**

на проведение обследования ребенка *в моем присутствии / без моего присутствия* в количестве, необходимом *для определения образовательного маршрута / для отслеживания динамики развития в течение учебного года*.

Проведение обследования доверяю учителю-дефектологу.

С уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, образовательной программой, локальными актами ОО ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.