|  |  |
| --- | --- |
| 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.