Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение

 детский сад №9 «Берёзка» комбинированного вида

 Березовского городского округа

**Расписка**

**в получении документов**

**для приема ребенка в дошкольное образовательное учреждение**

Заместитель заведующей МБДОУ детский сад №9 «Берёзка» комбинированного вида Симонова Любовь Николаевна приняла документы для приема ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

в дошкольное образовательное учреждение от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О родителя)

проживающего по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Оригинал / копия | Количество |
| 1 | Заявление о приеме ребенка | оригинал | 1 |
| 2 | Паспорт родителя | копия | 1 |
| 3 | Свидетельство о рождении ребенка | копия | 1 |
| 4 | Свидетельство о регистрации ребенка по месту жительства | копия |  |
| 5 | Медицинское заключение о состоянии здоровья ребенка | оригинал | 1 |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
|  | Итого |  |  |

Регистрационный № заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Категория заявителяпроживающий / не проживающий на закрепленной территории

 **(нужное подчеркнуть)**

Ознакомлен(а) о выплате компенсации части родительской платы за содержание ребенка в общеобразовательном учреждении

Дата выдачи **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Документы сдал: Документы принял:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.) (подпись)

 М.П.

В случае отчисление ребёнка из детского сада – документы возвращены родителю (законному представителю) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата ) (подпись)