Заведующему МБДОУ ДС КВ № 34

пгт Афипского МО Северский район

 В.А. Титовой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 фамилия, имя, отчество родителя

 (законного представителя) полностью

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

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

 фамилия, имя, отчество ребенка

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

 дата рождения ребенка

 № группы, которую посещает ребенок

 является (не является) воспитанником ДОУ

 контактный телефон родителя

 (законного представителя)

 Дата обращения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Многофункциональное заявление.**

 На отчисление.

 На перевод в другую группу:

 - компенсирующую;

 - общеразвивающую.

 На получение льготы.

 На получение компенсационных выплат в ДОУ.

 На получение копии путевки.

 На оформление пакета документов, на получение

компенсации по месту работы родителя (законного представителя),

если такая услуга предоставляется по месту работы.

 На изменение персональных данных:

 - родителя (законного представителя);

 - ребенка.

**Консультационный центр**

Возраст: 2 мес.-3 г.;

 3-6 л.;

 7-8 л.

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

Специалист: учитель –логопед;

 педагог-психолог;

 учитель-дефектолог;

 музыкальный руководитель;

 воспитатель.

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

Вид консультации: методическая;

 диагностическая; консультативная;

 психолого-педагогическая.

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

Форма обращения: очная;

 дистанционная.

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

Имеет статус воспитанника: да:

 нет.

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

 На прохождение ППк.

Дата проведения консультации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. специалиста: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Консультацию получил: в полном объеме (100%);

 частично (50%).

Подпись родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_