

# О Б Р А З Е Ц

Заместителю главы муниципального  
образования «Город Астрахань» –  
начальнику управления образования  
Сальниковой С.А.

от \_\_\_\_\_

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Конт.тел.: \_\_\_\_\_

## Заявление

*Прошу Вас указать право преимущественного приема в  
МБДОУ №\_\_ для зачисления моего ребенка (Ф.И.О., дата  
рождения одного) в связи с тем, что мой ребенок (Ф.И.О.,  
дата рождения второго) посещает данное ДОУ.*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_

*Написать заявление на бумаге, сфотографировать (или отсканировать)  
его и отправить на электронный адрес **priyom-dou@30gorod.ru**  
К заявлению приложить фото следующих документов:*

- 1) Паспорт родителя;*
- 2) Свидетельства о рождении детей, имеющих общих отца и (или)  
мать, и (или) свидетельство об установлении отцовства;*
- 3) Справка, подтверждающая обучение ребенка в организации.*

*Для уточнения контактных данных необходимо указать адрес  
проживания и номер телефона заявителя.*

*Позвонить по телефону 52-39-74,51-56-93 убедиться в доставке  
сообщения*