

Муниципальное дошкольное образовательное бюджетное учреждение детский сад №17
города Лабинска муниципального образования
Лабинский район

Расписка
в получении документов
для приёма заявлений в МДОБУ детский сад №17 города Лабинска
от родителя (законного представителя) _____

(фамилия, имя, отчество)

В отношении ребёнка _____

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

№п/п	Наименование документа	Вид документа	Количество
1	Направление УО	Оригинал	
2	Заявление родителя (законного представителя)	Оригинал	
3	Согласие на обработку персональных данных	Оригинал	
4	Свидетельство о рождении ребёнка	Копия	
5	Свидетельство о регистрации ребёнка по месту жительства	Оригинал	
6	Документ, удостоверяющий личность одного из родителей (законных представителей)	Копия	
7	Медицинская карта форма Т-26	Оригинал	
8	СНИЛС ребёнка	Копия	
9	СНИЛС родителя	Копия	
10	Выписка расчётного счёта для получения компенсации части родительской платы	Оригинал	
Итого:			

Регистрационный номер заявления _____ от _____

Категория заявителя: проживающий/не проживающий на закреплённой территории
(нужное подчеркнуть)

Дата выдачи : _____

Документы сдал:

(подпись)

(Ф.И.О.)

Документы принял:
заведующий МДОБУ детский сад №17

(подпись)

О.Н. Аваргина
(Ф.И.О.)