

Директору ОГКУСО «Реабилитационный центр  
для детей и подростков с ограниченными  
возможностями «Остров детства» Чернышовой Е.А.  
от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, (законного представителя))

Тел. Моб \_\_\_\_\_  
Проживающего по адресу:

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

### Заявление

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя, (законного представителя))

Прошу зачислить в группу временного пребывания сроком на 18 дней в Областное государственное казенное учреждение социального обслуживания «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Остров детства», обеспечивающее реализацию предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий по социальному обслуживанию детей от 6 до 18 лет:

группы временного пребывания для детей с 6 до 18 лет, детей-инвалидов; детей с ограниченными возможностями здоровья (имеющими недостатки в физическом и (или) психическом развитии); детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей; детей, проживающих в малоимущих семьях; детей с отклонениями в поведении, находящихся в трудной жизненной ситуации; семей с детьми-инвалидами; семей с детьми с ограниченными возможностями; малообеспеченных семей; многодетных семей; семей участников специальной военной операции (далее – СВО) (нужное подчеркнуть).

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О ребенка)

Родившегося \_\_\_\_\_  
(дата и место рождения ребенка)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства ребенка, его родителей (законных представителей))

В соответствии с ч.4 ст.9 Федеральным законом РФ от 27 июля 2006 года №с 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ОГКУСО «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Остров детства» на использование моих персональных данных и персональных данных моего ребенка на период нахождения ребенка в учреждении.

Согласен                      Не согласен (нужное подчеркнуть)

Достоверность представленных мною сведений подтверждаю.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Документы принял:

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

(подпись и расшифровка фамилии специалиста)