

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 22 дня 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)