|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему МБДОУ  «Детский сад №172»  общеразвивающего вида  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. родителя  Проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

о включении ребенка в дежурную группу

Прошу включить моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(число, месяц, год рождения)

в дежурную группу с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020

в связи с тем, я и мой муж/жена относимся к работникам *(нужное подчеркнуть*):

* непрерывно действующей организации;
* медицинской или аптечной организации;
* организации, обеспечивающей население продуктами питания и товарами первой необходимости;
* организации, выполняющей неотложные работы в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющих опасность для окружающих, в иных случаях, ставящих под угрозу жизнь, здоровье или нормальные жизненные условия населения;
* организации, осуществляющей неотложные ремонтные и погрузочно-разгрузочные работы;
* организации, предоставляющей финансовые услуги в части неотложных функций (в первую очередь услуги по расчетам и платежам);
* федеральных государственных органов и органов управления государственными внебюджетными фондами;
* государственных органов и органов местного самоуправления;
* средств массовой информации;
* иным организациям, определенным, указом губернатора Алтайского края

Я проинформирован(а) о том, что при наличии у ребенка признаков инфекционного заболевания, он будет отстранен от посещения дежурной группы; возобновить посещение детского сада сможет при наличии медицинской справки об отсутствии заболеваний.

Достоверность сведений, указанных в заявлении, подтверждаю. Справка (и) с места работы прилагает(ют)ся \_\_\_\_\_\_\_\_\_шт

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)