Директору МБДОУ «Детский сад

 «Звёздочка»

 Сёминой О.В

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

 (Ф.И.О. родителя, законного представителя)

 проживающего(ей) по адресу:

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

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

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

 Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ЗАЯВЛЕНИЕ**
**о включении ребенка в дежурную группу**

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

 (Ф.И. О. ребенка)

 в дежурную группу на период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с тем, что в соответствии с Указом Президента РФ от 02.04.2020 № 239 я и мой муж 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);
* иным организациям, определенным указом Главы Республики Мордовия от 03.04.2020г № 95-УГ;
* федеральных государственных органов и органов управления государственными внебюджетными фондами;
* государственных органов и органов местного самоуправления;
* средств массовой информации.

 Я проинформирована 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Дата подпись расшифровка подписи