

III. ДАННИ ЗА РОДИТЕЛИТЕ

Майка:		Баща:	
Месторабота:		Месторабота:	
Длъжност:		Длъжност:	
Телефон/GSM:		Телефон/GSM:	

Брой деца в семейството (с думи):	
--	--

IV. КРИТЕРИИ ЗА ПРИЕМ:

Отбележете и представете необходимите документи (копие и оригинал за сверка).

ДА НЕ

1. Постоянен адрес на двамата родители/настойника/приемния родител или родителят който упражнява родителските права на територията на населеното място.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
2. Постоянен адрес на един от родителите/приемния родител	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
3. Настоящ адрес на един от родителите/настойник/приемния родител	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
4. Работещ родител	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
5. Родител, който е редовен студент във ВУ към датата на подаване на заявлението	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
6. Друго дете от семейството, което посещава същата детска градина: Трите имена на детето	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Деца-близнаци	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
8. Дете с двама починали родители	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
9. Дете с един починал родител	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
10. Дете, на което родителите/родителят/настойникът или брат/сестра е с трайно намалена работоспособност над 70 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
11. Дете с един неизвестен родител или родител с отнети родителски права	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
12. Дете, настанено за отглеждане в приемно семейство или семейство на роднини и близки по чл. 26 от Закона за закрила на детето	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
13. Дете със СОП	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
14. Дете с хронични заболявания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

За всяко обстоятелство отбележете в съответната колона ДА / НЕ със знака „X“

ДЕКЛАРИРАМ:

1. Запознат(а) съм с правилата за приемане на деца в детски градини на територията на Община Елин Пелин.

2. Информиран(а) съм, че всички предоставени данни са лични данни по смисъла на ЗЗЛД и като такива попадат под специален режим на защита.

Забележка:

За по-добра организация на приема в общинските детски градини е възможно родителите да подадат документи с предварително попълнени формуляри.

Прилагам следните документи:

1.
.....
2.
.....
3.
.....
4.
.....
5.
.....
6.
.....

Дата 20... Г.

Подпис:

ДО ДИРЕКТОРА
НА ДГ.....
ГРАД/СЕЛО.....
ОБЩИНА ЕЛИН ПЕЛИН

ДЕКЛАРАЦИЯ

от
/Грите имена на лицето/

.....
/настоящ адрес/

Декларирам, че детето ми, родено

на, ще бъде записано и ще посещава, считано от

детска градина (ДГ)

ДАТА:20.... г.

ДЕКЛАРАТОР:
/подпис/