

Заведующему \_\_\_\_\_  
(указать наименование общеобразовательной организации)  
ФИО \_\_\_\_\_  
(указать ФИО заведующего ДОО)

ФИО родителей, законных представителей обучающегося  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
проживающих по адресу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
конт. телефоны \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ.

Мы, родители (законные представители) несовершеннолетнего обучающегося,

\_\_\_\_\_  
(ФИО обучающегося, число, месяц, год рождения)  
посещающего группу № \_\_\_\_\_ заявляем о том, что являемся работниками  
организации(й) (предприятия(й)) , \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(указать наименование организаций (предприятий))

на которых распространяется действие п.4. Указа Президента Российской Федерации (они не уходят на выходные нерабочие), а именно:

- непрерывно действующая организация,
- медицинская и аптечная организация,
- организация, обеспечивающая население продуктами питания и товарами первой необходимой помощи,
- организаций, выполняющих неотложные работы в условиях чрезвычайных обстоятельств, в иных случаях, ставящих под угрозу жизнь или нормальные жизненные условия населения,
- организаций, осуществляющих неотложные ремонтные и погрузочно-разгрузочные работы.

(нужное отметить значком «x» или «v»)

В связи с этим, мой ребенок будет посещать дошкольную образовательную организацию в период с \_\_\_\_ .04.2020 г. по \_\_\_\_ .04.2020 г.

Мы предупреждены о том, что в случае наличия у ребенка катаральных проявлений, он не будет допущен в детский сад.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка)