|  |  |
| --- | --- |
|  | В уполномоченный орган по организации отдыха детей их оздоровления  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О., паспортные данные заявителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес места жительства, номера телефонов служебного, домашнего)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прошу предоставить моему ребенку |  | |
|  | | (Ф.И.О., дата, год рождения) |

путёвку в (нужное отметить):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - **загородную** оздоровительную организацию круглосуточного пребывания детей, расположенную на территории Ярославской области | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| - **санаторный** оздоровительный лагерь круглогодичного действия, расположенный на территории Ярославской области | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **на период (смену):** | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Основание: | | | | | | | | | | | | | | |
| - ребёнок, находящийся в трудной жизненной ситуации: | | | | | | | | | | | |  | | |
| **ребенок-сирота и ребенок**, оставшийся без попечения родителей | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| ребёнок-инвалид | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| ребёнок, проживающий в малоимущей семье | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | |
| ребёнок, жизнедеятельность которого объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и который не может преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| ребёнок из семьи беженцев и вынужденных переселенцев | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| ребёнок – жертва насилия | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| ребёнок, оказавшийся в экстремальных условиях | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| ребёнок с ограниченными возможностями здоровья | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| ребёнок – жертва вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| ребёнок с отклонениями в поведении | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| - безнадзорный ребёнок | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | |
| - ребёнок погибшего сотрудника правоохранительных органов или военнослужащего | | | | | | | | | | | | |  | |
| Период (смена) - с | |  | | ппо | |  | 220 | Г | г. |
|  | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| (подпись) | | | |  | | (расшифровка подписи) | | | | | | | | | |

линия отреза

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | | |
|  | | (Ф.И.О. специалиста, наименование должности) | | | |
| принял(а) заявление от\_\_\_\_\_\_ | | | |  | |
|  | | | | (Ф.И.О. заявителя) | | |
| на получение путевки для | | | | | года рождения |
|  | | | | | (Ф.И.О. ребенка) |

Дата поступления заявления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ года

Дата выдачи уведомления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_./

(подпись специалиста) (расшифровка)

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