

В _____ суд
_____ области

Заявитель: Ф.И.О., дата рождения _____
место жительства: _____
г. _____, ул. _____, д. _____, кв. _____,
ИИН _____,
абонентский номер сотовой связи: _____
электронный адрес: _____

Заинтересованные лица: 1. Отдел здравоохранения г. _____
реквизиты и адрес
г. _____, ул. _____, д. _____

2. Отдел опеки и попечительства
ГУ «Управление образования города _____»,
Реквизиты и адрес
г. _____, ул. _____, д. _____

З А Я В Л Е Н И Е **(о признании гражданина недееспособным)**

Мой сын _____ (указать Ф.И.О., число, месяц, год рождения)
является инвалидом _____ группы вследствие психического заболевания, что
подтверждаю копией справки об его инвалидности.

Из-за болезни мой сын не может понимать фактический характер и значение
своих действий и руководить ими, нуждается в опеке.

На основании изложенного, руководствуясь статьей 26 Гражданского кодекса
Республики Казахстан, статьями 323, 324, 326 Гражданского процессуального
кодекса Республики Казахстан,

П Р О Ш У:

1. Признать недееспособным гражданина _____ (указать
Ф.И.О. сына, число, месяц, год рождения, место рождения, место жительства).

Перечень прилагаемых к заявлению документов:

- 1. Копия заявления;*
- 2. Квитанция об оплате госпошлины;*
- 3. Копия свидетельства о рождении ребенка;*
- 4. Справка об инвалидности;*
- 5. Копия книги регистрации граждан;*
- 6. Копия удостоверения личности заявителя.*

Заявитель: _____ (подпись)

Ф.И.О. заявителя _____
Дата _____