

Заведующему МОУ ЦРР № 12
И.Г. Бугурусланцевой

родителя (законного представителя)

проживающего по адресу:

телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить моего сына (дочь) _____

(ФИО ребенка, дата рождения)

_____ года рождения, воспитанника группы № _____ в группу платных образовательных услуг по _____ программе

с «_____» _____ 20__ года.

Согласен(а) на обработку моих персональных данных и данных на моего ребенка в объеме необходимом для получения образовательных услуг.

С Уставом МОУ ЦРР № 12, лицензией на право ведения образовательной деятельности, с правами и обязанностями воспитанников, Положением об оказании платных образовательных услуг, образовательной программой в рамках оказания платных образовательных услуг, ознакомлен(а).

Дата

Подпись