Директору МБОУ

Майская СОШ №15

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО отца, матери, законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*адрес проживания*

тел. 8 ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу зачислить моего сына /мою дочь, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ года рождения, ученика(цу) класса в объединение «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», организованный в рамках организации внеурочной деятельности /дополнительного образования школы. Медицинских противопоказаний к занятиям нет. Согласен(а) на использование персональных данных ребенка в рамках уставной деятельности учреждения, необходимых при организации дополнительного образования.

Дата

Подпись/ Расшифровка подписи /