

от _____

проживающего (ей) по адресу:

(адрес прописки)

(фактический адрес)

телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить в группу «ЗФТШ» _____
(интересующие предметы)

Муниципального учреждения дополнительного образования Центр дополнительного образования «Малая академия наук Импульс» моего ребёнка (сына, дочь, опекаемого, приёмного ребёнка)

(Фамилия, имя, отчество ребёнка (полностью), дата рождения (полностью), класс (с буквой), школа, телефон и E-mail)

С Уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, программой занятий, свидетельством о государственной аккредитации и другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса, ознакомлен(а).

К заявлению прилагаются:

1. Копия свидетельства о рождении + свидетельства о регистрации или паспорта (со страничкой о прописке) ребёнка
2. Копия медицинского страхового полиса

« _____ » _____ 201__ г. _____
подпись заявителя Ф.И.О.

Согласие на размещение и обработку персональных данных

Я, _____,

даю согласие МУДО ЦДО «Малая академия наук Импульс» на размещение и обработку моих персональных данных, а именно ФИО и даты рождения и персональных данных моего ребенка (сына, дочери, опекаемого, приемного ребенка)

года рождения, в информационной системе персональных данных контингента обучающихся МУДО ЦДО «Малая академия наук Импульс».

Срок действия настоящего согласия определен на период обучения моего ребенка (сына, дочери, опекаемого, приемного ребенка) в МУДО ЦДО «Малая академия наук Импульс»

« _____ » _____ 201__ г. _____
подпись заявителя Ф.И.О.

Сведения о родителях (опекунах) ребёнка

Отец: _____, моб. тел. _____
(Ф.И.О. полностью и дата рождения)

место работы: _____ E-mail _____
(город, название организации)

Мать: _____, моб. тел. _____
(Ф.И.О. полностью и дата рождения)

место работы: _____ E-mail _____
(город, название организации)