Директору МБУ ДО ДШИ «Традиция»

Л.В.Бельковой

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

(ф.и.о. родителя, законного представителя)

проживающего по адресу:

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

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

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество полностью

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ а обучение по общеобразовательной дополнительной (общеразвивающей) программе «Индивидуальный курс занятий художественно-эстетического направления «Основы игры на самобытных ИУНТ» на платной основе, Место оказания платной образовательной услуги: г. Барнаул, с. Власиха, ул Мамонтова, 47; с. Власиха, ул. Первомайская,50

Дата рождения ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. матери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. отца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОЗНАКОМЛЕНЫ И СОГЛАСНЫ:

с Уставом МБУ ДО ДШИ «Традиция»;

лицензией;

платной общеобразовательной дополнительной (общеразвивающей) программой «Индивидуальный курс занятий художественно-эстетического направления «Основы игры на самобытных ИУНТ».

правилами внутреннего распорядка для учащихся МБУ ДО ДШИ «Традиция»;

учебной нагрузкой – 1 час в неделю (всего 12 часов за период с 14.02.2020-15.05.2020 год);

условиями обучения.

Копия свидетельства о рождении ребёнка прилагается.

Согласно ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ даю свое согласие на обработку персональных данных моего ребенка любым не запрещающим законом способом, в том числе – биометрические (фотографии) в соответствии с Уставом образовательной организации.

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

Дата Подпись расшифровка