



**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ШОЛОХОВСКИЙ ЦЕНТР ВНЕШКОЛЬНОЙ РАБОТЫ**

347042, Ростовская область, Белокалитвинский район, р.п. Шолоховский, ул. Пушкина, 32
/ т 5-40-08 / / Email: cvr67@yandex.ru /

« ____ » _____ 20__ г.

№ _____

Заявление родителей (законных представителей) о приеме в муниципальное учреждение
дополнительного образования

**Директору МБУ ДО ЦВР
Аверьяновой Л.С.
Родителя (законного
представителя)**

(ф.и.о. полностью)

Место регистрации

Дата рождения

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребёнка (сына, дочь)

(ФИО, дата рождения)
в детское объединение _____ направленности к педагогу дополнительного
образования (ФИО) на обучение по дополнительной общеразвивающей программе
_____,
срок обучения – 9 месяцев (с 01.09.20__ г. по 31.05.20__ г.);

С уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, дополнительными
общеобразовательными программами МБУ ДО ЦВР
ознакомлен (а) _____
(подпись)

В соответствии со ст.9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю
согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка.
Обработка моих персональных данных и персональных данных моего ребенка
производится с целью получения услуг, оказываемых в сфере образования (Распоряжение
Правительства РФ от 25.04.2011г. №729-р). Согласие не имеет срока действия, сохраняет
силу до выбытия моего ребенка из образовательной организации.

« ____ » _____ 20__ год
