

**Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение городского округа Королёв
Московской области «Средняя общеобразовательная школа № 1»**
141070, г. Королёв М. О., ул. Октябрьская, д. 10 тел. (факс) 516-67-91

Директору МБОУ СОШ № 1
Гайдуковой И. Е.

от _____
фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)

Адрес регистрации ребенка: _____

Адрес фактического проживания ребенка: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка

(Фамилия, имя, отчество ребенка полностью)

« ____ » _____ 20 ____ года рождения в группу дополнительных платных образовательных услуг - услуги психолога «*Радуга*» в подгрупповой форме - вверенной Вам школы.

С Уставом общеобразовательного учреждения, лицензией на право ведения образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации общеобразовательного учреждения, основными образовательными программами, реализуемыми общеобразовательным учреждением, локальными актами, регламентирующими деятельность школы, ознакомлен(а).

С правилами приема в группу дополнительных платных образовательных услуг ознакомлен(а).

С условиями оплаты ознакомлен(а) и согласен(согласна).

На обработку и передачу сотрудникам МБОУ СОШ № 1 своих персональных данных и ребенка

(Фамилия, имя, отчество ребенка полностью)

(в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ) согласен (согласна).

(Дата)

(Подпись)

Сведения о родителях

	мать	отец
Фамилия, имя, отчество		
Контактный телефон		