

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 по развитию творческой активности детей «Сказкотерапия» в групповой 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		