

Директору МАОУ СОШ № 19 Кулешовой О.Е.

от родителя (законного представителя) ребенка

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя отчество (последнее - при наличии))*

Место жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(адрес места жительства (регистрации) ребенка, его родителей  
(законных представителей))*

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(родителей (законных представителей) ребенка)*

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить платную дополнительную образовательную услугу моему ребенку

\_\_\_\_\_,  
*(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), дата рождения ребенка)*

по программе \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(дата)  
представителя(ей))*

*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(расшифровка подписи родителя(ей) (законного(ых)*

Согласен (согласна) на обработку персональных данных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

\_\_\_\_\_  
*(дата)  
представителя(ей))*

*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(расшифровка подписи родителя(ей) (законного(ых)*

С локальными актами, лицензией, Уставом школы, Свидетельством об аккредитации ознакомлены.

\_\_\_\_\_  
*(дата)  
представителя(ей))*

*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(расшифровка подписи родителя(ей) (законного(ых)*