

Заведующему _____

отделение

Фамилия Имя Отчество

от _____

Фамилия Имя Отчество полностью

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу включить моего ребенка _____
в расписание занятий на обучение по дополнительной общеобразовательной общеразвивающей
программе « _____
_____ »

у педагога _____

Контактный телефон родителя (законного представителя) _____

Дополнительные сведения _____

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, Уставом СПб ГБУСОН «ЦСПСД Петродворцового района», Правилами внутреннего распорядка учреждения, порядком реализации ДООП, Правилами приема, отчисления, восстановления ознакомлен(а).

подпись поступающего

Даю свое согласие на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение следующих персональных данных: фамилия; имя; отчество; номер телефона, связанных с приемом и обучением в СПб ГБУСОН «ЦСПСД Петродворцового района» без ограничения срока действия.

подпись поступающего

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

Дата: _____

Подпись, И.О. Фамилия поступающего

Согласовано

Заведующий _____

ФИО

Подпись