Директору МБУ ДО «ЭБС г.Шали»
Ахмарову Р.С.

ФИО родителя _____
место работы_____
адрес места жительства_____
телефон_____ /СНИЛС ребенка_____
адрес эл. почты _____

Заявление

Прошу зачислить моего ребенка _____, _____,
(ФИО) *(дата рождения)*
учащегося общеобразовательного учреждения _____
с «_____» _____ 20____ г. в _____
(наименование образовательной организации)
на обучение по программе_____. Педагог _____ .
(наименование программы) *(ФИО)*

Мой ребенок *(поставить галочку в подходящий пункт, если нет, то пропустить)*:

- имеет установленную в законодательном порядке инвалидность (прилагаю ИПРА) ☐.

- ограничение в возможностях здоровья (заключение ЦПМПк прилагаю) ☐.

С уставом, сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся в соответствии со ст. 55 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» ознакомился(ась).

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных и моего ребенка, на размещение фотографии или другой личной информации моего ребенка (размещение фото, видео и информации об участии в различных мероприятиях и пр.) на сайтах, социальных сетях учреждения, а также личных проф. сайтах сотрудников учреждения в качестве иллюстраций проф. деятельности, а также на стендах учреждения, буклетах, альбомах, видеоматериалах.

Даю разрешение моему ребенку самостоятельно приходить на занятия и уходить домой после окончания занятий, ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка вне учебного процесса беру на себя.

«_____» _____ 20 ____ г. _____
(подпись)

Директору МБУ ДО «ЭБС г.Шали»
Ахмарову Р.С.

ФИО родителя _____
место работы_____
адрес места жительства_____
телефон_____ /СНИЛС ребенка_____
адрес эл. почты _____

Заявление

Прошу зачислить моего ребенка _____, _____,
(ФИО) *(дата рождения)*
учащегося общеобразовательного учреждения _____
с «_____» _____ 20____ г. в _____
(наименование образовательной организации)
на обучение по программе_____. Педагог _____ .
(наименование программы) *(ФИО)*

Мой ребенок *(поставить галочку в подходящий пункт, если нет, то пропустить)*:

- имеет установленную в законодательном порядке инвалидность (прилагаю ИПРА) ☐.

- ограничение в возможностях здоровья (заключение ЦПМПк прилагаю) ☐.

С уставом, сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся в соответствии со ст. 55 ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» ознакомился(ась).

Даю свое согласие на обработку моих персональных данных и моего ребенка, на размещение фотографии или другой личной информации моего ребенка (размещение фото, видео и информации об участии в различных мероприятиях и пр.) на сайтах, социальных сетях учреждения, а также личных проф. сайтах сотрудников учреждения в качестве иллюстраций проф. деятельности, а также на стендах учреждения, буклетах, альбомах, видеоматериалах.

Даю разрешение моему ребенку самостоятельно приходить на занятия и уходить домой после окончания занятий, ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка вне учебного процесса беру на себя.

«_____» _____ 20 ____ г. _____
(подпись)
