

Директору МОУ СШ № 9
Е.И. Ключина

родителя (законного представителя)

проживающего по адресу:

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить моего сына (дочь) _____ ученика(цу) _____ класса в группу платных образовательных услуг по _____ программе « _____ » с « _____ » _____ 2025 года.

Согласен(а) на обработку моих персональных данных и данных на моего ребенка в объеме необходимом для получения образовательных услуг.

С Уставом школы, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации образовательного учреждения, с правами и обязанностями обучающихся, Положением об оказании платных образовательных услуг, образовательной программой в рамках оказания платных образовательных услуг, ознакомлен(а).

« _____ » _____ 2025 г.

Подпись

расшифровка