

Директору МОУ СШ № 6

А. Ю. Гавриловой

от _____

_____ проживающего (-щей) по адресу:

дом. телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить моему (-ей) сыну (дочери)

_____ «____» _____ года рождения,
учащемуся ____ «____» класса муниципального общеобразовательного учреждения
«Средняя школа с углубленным изучением отдельных предметов № 6 Центрального
района Волгограда», платные образовательные услуги по следующим программам:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

С Положением о предоставлении платных образовательных услуг муниципальным
общеобразовательным учреждением «Средняя школа с углубленным изучением
отдельных предметов № 6 Центрального района Волгограда»; нормативными
документами, регламентирующими реализацию платных образовательных услуг МОУ
СШ № 6, **ознакомлены и согласны**.

В связи со сложившейся санитарно – эпидемиологической ситуацией на территории
Волгоградской области даю согласие на посещение моим ребёнком платных
образовательных услуг в группах обучающихся из разных классов.

Даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных
своего ребёнка в порядке, установленном федеральным законодательством.

«____» _____ 20 ____ г. _____ / _____ /