

Директору МОУ СШ № 94

Е.В. Фроловой

(ФИО законного представителя)

проживающего (-щей) по адресу:

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить моего сына (дочь)

_____,
в группу на платные образовательные услуги по дополнительной
образовательной программе « _____ » с
_____ по _____.

С Положением об оказании платных образовательных услуг, Правилами
оказания платных образовательных услуг в сфере общего образования
ознакомлен (-а). Подтверждаю согласие на обработку персональных данных
моих и моего ребёнка.

Дата _____

Подпись _____

Директору МОУ СШ № 94

Е.В. Фроловой

(ФИО законного представителя)

проживающего (-щей) по адресу:

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить моего сына (дочь)

_____,
в группу на платные образовательные услуги по дополнительной
образовательной программе « _____ » с
_____ по _____.

С Положением об оказании платных образовательных услуг, Правилами
оказания платных образовательных услуг в сфере общего образования
ознакомлен (-а). Подтверждаю согласие на обработку персональных данных
моих и моего ребёнка.

Дата _____

Подпись _____