|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Директору МАУ ДО СДЮТЭ г. Чайковского  Третьяковой О.А. | | |
| от: | | |
| (фамилия, имя, отчество заявителя) | | |
| зарегистрированного по адресу: | | |
| нас. пункт | |  |
| улица |  | |
| дом |  | |
| телефон |  | |

заявление

Прошу зачислить моего ребёнка (сына, дочь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия имя отчество)

обучающегося в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_класс \_\_\_\_\_\_\_,

(общеобразовательное учреждение)

в объединение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ педагога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для получения дополнительного образования.

Ребенок имеет имеет: статус ребенка-инвалида, ребенка с ОВЗ.

(нужное подчеркнуть)

В случае принятия решения об отказе в зачислении прошу информировать меня (подчеркнуть способ информирования): при личном обращении, по электронной почте, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по почте на указанный адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С Уставом учреждения, лицензией на право ведения образовательной деятельности, дополнительной образовательной программой, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(другие документы, регламентирующие образовательный процесс)

ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, дата)

Подтверждаю согласие на обработку представленных персональных данных и разрешаю сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, обновление, изменение, передачу, блокирование, уничтожение указанных сведений с помощью средств автоматизации или без использования таковых, а также размещение на сайте и на стендах учреждения приказа о зачислении моего ребенка в Учреждение и отчислении из Учреждения, информации об участии, победах на конкурсах (соревнованиях) обучающегося, включающей фамилию, имя, отчество моего ребенка, в целях получения муниципальной услуги.

Настоящее согласие действует бессрочно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, дата)

Приложения (нужное подчеркнуть):

1)​ медицинское заключение о состоянии здоровья ребенка (для обучения в объединениях спортивной направленности);

1)​ иные документы (указать какие)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (личная подпись заявителя)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Директору МАУ ДО СДЮТЭ г. Чайковского  Третьяковой О.А. | | |
| от: | | |
| (фамилия, имя, отчество заявителя) | | |
| Паспортные данные заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (серия, номер, кем и когда выдан)  зарегистрированного по адресу: | | |
| нас. пункт | |  |
| улица |  | |
| дом |  | |
| контактные данные (телефон) |  | |

заявление

(для совершеннолетних получателей услуги)

Прошу зачислить меня\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, обучающегося в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класс (группа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(образовательное учреждение)

сообщаю, что (не) имею статус инвалида, в объединение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование объединения) педагог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для получения дополнительного образования.

В случае принятия решения о об отказе в зачислении в учреждение прошу информировать меня (подчеркнуть способ информирования): при личном обращении, по электронной почте, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по почте на указанный адрес проживания.

С Уставом учреждения, лицензией на право ведения образовательной деятельности, дополнительной образовательной программой, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(другие документы, регламентирующие образовательный процесс)

ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, дата)

Подтверждаю согласие на обработку представленных персональных данных и разрешаю сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, обновление, изменение, передачу, блокирование, уничтожение указанных сведений с помощью средств автоматизации или без использования таковых, а также размещение на сайте и на стендах Учреждения приказа о зачислении в Учреждение и отчислении из Учреждения, информации о моем участии, победах на конкурсах (соревнованиях), включающей фамилию, имя, отчество, в целях получения муниципальной услуги.

Настоящее согласие действует бессрочно.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, дата)

Мне разъяснено право на бесплатное получение муниципальной услуги, если я являюсь обучающимся образовательного учреждения. Обязуюсь известить администрацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о факте отчисления меня из образовательного учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в течение 7 дней. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, дата)

Приложения (нужное подчеркнуть):

1. медицинское заключение о состоянии здоровья (для обучения в объединениях спортивной направленности);

2.​ справка об обучении (обязательно для совершеннолетних получателей услуги);

иные документы (указать какие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)