

Заведующему МБДОУ №192
Типало Елене Евгеньевне

_____ (фамилия, имя, отчество родителя, законного представителя)

Адрес: _____

Паспорт: серия _____ № _____

Кем выдан: _____

Дата выдачи « _____ » _____ г.

Ф.И.О. ребенка _____

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____ ДОП-ТП

Прошу предоставить платные образовательные услуги моему ребенку

_____ (Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

являющимся воспитанником МБДОУ №192 по дополнительным общеобразовательным программам дошкольного образования:

№ п/п	Наименование дополнительных образовательных услуг	Отметка
1	Тестопластика	

Форма получения образования **очная.**

За предоставленную информацию несу ответственность.

В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку, использование, передачу МБДОУ №192 в установленном порядке третьим лицам (органам законодательной и исполнительной власти, государственным учреждениям) всех моих персональных данных и персональных данных членов моей семьи (фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, другая информация) для оказания данной услуги.

« _____ » _____ 202__ года

_____ / _____ /
(подпись)

(Ф.И.О.)