№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Директору муниципального бюджетного

 учреждения дополнительного образования

 «Центр психолого-педагогической,

 медицинской и социальной помощи

 Каменского района»

 Мосягиной О.Н.

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. родителя, законного представителя)

 паспорт, серия, №, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 проживающего по адресу:

 область \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 населённый пункт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 улица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дом\_\_\_\_\_ корп.\_\_\_\_кв\_\_\_\_\_

 контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

**О приёме в муниципальное бюджетное учреждение дополнительного образования**

**«Центр психолого - педагогической, медицинской и социальной помощи»**

Прошу зачислить в муниципальное бюджетное учреждение дополнительного образования

«Центр психолого - педагогической, медицинской и социальной помощи» Каменского района, реализующего дополнительную образовательную программу моего ребёнка

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

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения, место рождения)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Копию свидетельства о рождении прилагаю.

Я, как законный представитель ребёнка, согласен на сбор, хранение и обработку в электронном виде его и моих персональных данных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

 Подпись родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С уставом учреждения, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с дополнительной образовательной программой коррекционно-развивающей направленности, Правилами внутреннего распорядка, Правилами приёма в учреждение, а также и отчисления из учреждения, ознакомлен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С проведением необходимой логопедической, дефектологической и психологической диагностики

согласен (на)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_год

Подпись родителей (законных представителей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_