Директору МБОУ «Кобинская СОШ

Х.М.Хасиеву

родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего по адресу:

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

контактный тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу зачислить моего(ю) (сына, дочь)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года рождения, обучающегося (уюся) \_\_\_\_\_ класса МБОУ «Кобинская СОШ» в школьные кружки, секции, объединения, работающие по дополнительной образовательной программе.

|  |  |
| --- | --- |
| **Название программы** | **Отметка о выборе** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Медицинские противопоказания для участия в кружках и секциях спортивного направления ребенок не имеет (имеет).

Согласны на использование персональных данных ребенка, в рамках уставной деятельности МБОУ «Кобинская СОШ» необходимых при организации кружка, секции, объединения.

С уставом школы, лицензией на право осуществления образовательной деятельности, программой внеурочной деятельности, с документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся, режимом работы, расписанием занятий ознакомлен(а).

«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)