

Директору
МОУ «Инженерная школа города
Комсомольска-на-Амуре»
Е.А. Барановой

от _____
(ФИО родителя полностью (законного представителя))

проживающего(ей) по адресу:

контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить меня (моего сына (дочь)) _____

_____ года рождения (полная дата рождения), возраст ребёнка на **01.09.20__**
_____ в Центр цифрового образования детей «IT-Куб» МОУ «Инженерная школа
города Комсомольска-на-Амуре» города Комсомольска-на-Амуре, Хабаровского края, для
обучения по направлению

Мать _____

(ФИО)

Место работы, телефон: _____

Отец _____

(ФИО)

Место работы, телефон: _____

С лицензией, уставом образовательного учреждения и локальными актами ознакомлен(а).
Согласие на обработку персональных данных прилагаю.

(дата)

(подпись)

Я,

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

даю свое согласие на зачисление в Центр цифрового образования детей «IT-Куб» моего сына
(дочери)

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

(дата подачи заявления)

_____ / _____

(подпись) (фамилия, инициалы заявителя)