

Директору бюджетного общеобразовательного учреждения
Чувашской Республики «Чебоксарская
общеобразовательная школа для обучающихся с
ограниченными возможностями здоровья №2»
Министерства образования и молодежной политики
Чувашской Республики (БОУ «Чебоксарская
общеобразовательная школа для обучающихся с
ограниченными возможностями здоровья №2»
Минобразования Чувашии)
Телегановой Л.Г.
родителя

_____ (Фамилия Имя Отчество родителя (законного представителя))

З А Я В Л Е Н И Е.

Прошу зачислить моего ребенка (сына, дочь) _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

_____ (дата и место рождения)

_____ (адрес места жительства ребенка)

на обучение дополнительным платным образовательным услугам по программе
« _____ » с « _____ » 2019 г.

С оплатой в размере _____ (цифрами и прописью) за один час занятий,
_____ (руб. цифрами и прописью) за 8 занятий в месяц согласен (согласна). Своевременную и
полную оплату гарантирую.

С Уставом бюджетного общеобразовательного учреждения Чувашской Республики «Чебоксарская
общеобразовательная школа для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья №2»
Министерства образования и молодежной политики Чувашской Республики
лицензией на право ведения образовательной деятельности,
дополнительной образовательной программой _____
и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной
деятельности, права и обязанности обучающихся, ознакомлен(а).

Согласен(а) на обработку своих персональных и персональных данных ребенка в порядке,
установленном федеральным законодательством.

_____ « _____ » _____ 201__ года
(подпись)

РОДИТЕЛИ

Отец:

_____ ФИО (полностью),

_____ (адрес места жительства родителя (законного представителя))

_____ (контактный телефон)

Мать: _____
_____ ФИО (полностью),

_____ (адрес места жительства родителя (законного представителя))

_____ (контактный телефон)