

Директору КОГОВУ СШ с УИОП №1 г.  
Котельнича

Бадалышаевой Дине Евгеньевне,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя  
(законного представителя)

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_

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

контактный телефон: \_\_\_\_\_

**заявление.**

Прошу зачислить моего (-ю) сына (дочь) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка)

обучающегося (ейся) \_\_\_\_\_

(класс, название образовательной организации по Уставу) ,

проживающего (ую) по адресу: \_\_\_\_\_

в сетевой профильный класс медицинской направленности с посещением  
следующих дополнительных учебных предметов, курсов по выбору,

элективных курсов: \_\_\_\_\_

Даю согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу в случае, установленных соответствующими нормативными правовыми актами, на бумажном и электронном носителях с обеспечением конфиденциальности моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, сообщаемых мною в настоящем заявлении и содержащихся в прилагаемых мною к данному заявлению документах (копиях документов). В случае, когда указанные в настоящем заявлении персональные данные изменятся, станут устаревшими, недостоверными, я буду производить их уточнение путем подачи соответствующего письменного заявления.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. // \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)