Руководителю школьного театра «Улыбка»

МКОУ «Савинский ЦО» Ефремову О.В.

От

Проживающей (его) по адресу:

Тел.: E-mail:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребёнка

 ,

дата рождения , ученика(ца) класса, в школьный театр «Улыбка» на ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ учебный год.

С режимом школьного театра ознакомлен (а) и согласен (а).

Даю согласие на обработку моих персональных данных и данных моего ребёнка в соответствии с действующим законодательством РФ.

Дата

 / /

Подпись (Фамилия, инициалы)