Руководителю школьного театра МБОУ Новоандриановской сош

От

Проживающей (его) по адресу:

Тел.: E-mail:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребёнка

 \_,

дата рождения , ученика(ца) класса МБОУ Новоандриановской сош, в школьную театр на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ учебный год.

С режимом школьной театральной студией 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)