Руководителю школьного театра

МБОУ Селецкой СОШ

Пичугиной В.А

От

Проживающей (его) по адресу:

Тел.: E-mail:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребёнка

 , дата рождения , ученика(ца) класса МБОУ Селецкой СОШ, школьный театр «ВЗОР» на 2024-2025 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)