

Директору
Муниципального бюджетного
общеобразовательного
учреждения «Школа №17 им. В.Белик»
Грибову А.Н.
Иванов И.И.

**Красным выделены
поля обязательные к
заполнению**

(Ф.И.О. заявителя)

проживающего по адресу: г. Керчь
ул. Войкова, д. 24

Телефон: +7() **мобильный**

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить в 1 класс мою (моего) дочь (сына) **Иванову (а)**

Евгению (я) Ивановну (ича)

(Ф.И.О. ребенка)

01 числа **мая** месяца **1999** года рождения

Дополнительные сведения:

1. Мать **Иванова Людмила Сергеевна**

Место работы **МБОУ «Школа №17 им. В. Белик»**

2. Отец **Иванов Иван Иванович**

Место работы **Безработный (пенсионер, т.д.)**

С Уставом МБОУ «Школа № 17 им.В.Белик», лицензией на право ведения образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации образовательного учреждения, основной образовательной программой, ознакомлен (а).

Даю согласие на обработку своих персональных данных и персональных данных моего ребенка, согласно ст.3 Федерального Закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г (далее Закон), в целях, определенных Уставом оператора, различными способами, в том числе путем осуществления автоматизированного анализа данных, до окончания обучения моего ребенка в данном образовательном учреждении. Согласно п.5 ст.21 Закона настоящее согласие может быть отозвано мной только при условии письменного уведомления оператора не менее, чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения использования данных оператором.

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) ребенка **000-000-000 00**

К заявлению прилагается:

1. Копия свидетельства о рождении – 2 шт ;
2. Медицинская карта;
3. Справка с места жительства;
4. Фотография
5. Копия медицинской страховки
6. Копия СНИЛСа

« **01** » **февраля** **2017**г

Иванов И.И.

(подпись заявителя)

Вх №

от