|  |
| --- |
| Заведующему Государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения детский сад № 78 Невского района Санкт-Петербурга\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е. А. ИвановойОт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО родителя/законного представителя) Адрес фактического проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

Прошу предоставить моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, Имя ребенка)

дополнительные платные образовательные услуги по программе:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«Удивительное рядом» (изостудия для дошкольников)»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_

С Законом РФ № 2300-1 от 07.02.1992 г. «О защите прав потребителей» с изменениями и дополнениями; с Постановлением Правительства РФ № 1441 от 15.09.2020 г. «Об утверждении Правил оказания платных образовательных услуг»; с Уставом и Приложениями к нему; с Лицензией; с Положением об оказании платных образовательных услуг в ГБДОУ детский сад № 78 Невского района Санкт-Петербурга; с Программами дополнительного образования; со стоимостью и порядком их оплаты дополнительных образовательных услуг ознакомлен (а) и Согласен (а):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи) Дата

Руководствуясь Законом РФ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку своих персональных данных, а также данных членов своей семьи, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, с целью предоставления социальных услуг.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи) Дата