

**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ (ЗАКОННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ)  
В МБОУДОД ЦДТ «ХИБИНЫ».**

Директору \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. руководителя, наименование учреждения)

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя), проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

**З А Я В Л Е Н И Е**

Прошу зачислить мою(его) дочь (сына) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения)

в \_\_\_\_\_ класс общеобразовательного учреждения.

С Уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, основными образовательными программами, реализуемыми МОУ, и другими документами, регламентирующими организацию образовательного процесса МОУ \_\_\_\_\_, ознакомлен(а).

Контактные реквизиты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (телефон, адрес электронной почты).

Согласно ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ даю своё согласие на обработку персональных данных моего ребёнка любым не запрещаемым законом способом в соответствии с Уставом учреждения.

К заявлению прилагаю следующие документы (перечень):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Дата \_\_\_\_\_ . Подпись \_\_\_\_\_.

**БЛОК – СХЕМА**  
**ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ**  
**МУНИЦИПАЛЬНОЙ УСЛУГИ.**

---



**ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ  
ЗАЯВИТЕЛЯ ОБ ОТКАЗЕ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ  
МУНИЦИПАЛЬНОЙ УСЛУГИ.**

Уважаемый (ая)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

Уведомляю о том, что на основании Вашего заявления от \_\_\_\_\_

Вам не может быть предоставлена муниципальная услуга по зачислению  
в общеобразовательное учреждение по следующим причинам:

\_\_\_\_\_

(указывается причина отказа).

Директор \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

М.П.

Дата.

Исполнитель \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_