Руководителю школьного театра «Овация» Лобановой Е.В.

От

Проживающей(его)поадресу:

Тел.: E-mail:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребёнка

 ,

Дата рождения ,ученика(ца) класса МБОУ«Войсковицкая СОШ №1» ,в театральную студию «Овация» на 20\_\_-20\_\_ 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)