Рег. №	Директору МАОУ «Нижнеаремзянская СОШ» От родителя (законного представителя) фамилия имя отчество (при наличии)				
				Место жительства: Обла	CTI
дом корп	улица _ кв Телефон				
E-mail:					
об ока	ЗАЯВЛЕНИЕ зании услуг консультационно-мет	голического пункта			
общеобразовательного учреждени		а в Филиала Муниципального автономного шеобразовательная школа» - детский сад «Лесная й) сыну (дочери) (далее – ребёнок):			
	фамилия, имя, отчество (при наличии)	, дата и место рождения)			
место жительства ребенка: город	, улица	домкорпкв			
представителей) в рамках оказан	ния услуг консультационно-методи м и графиком работы консульт	ва и обязанности детей и родителей (законных ческого пункта, Положением о консультационно- ационно-методического пункта, планом работы			
_	и ребенка или иной документ, подтвер представления прав ребенка)	эждающий родственные отношения заявителя с			
Паспорт родителя (законн	ого представителя)				
письменное согласие на об	бработку персональных данных				
<b></b>					
(дата)		(подпись заявителя)			
		дагогическую, коррекционную помощь ребёнку в .2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской			