

Заведующему МБ ДОУ д/с №29  
Р.Н. Анныч

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))  
Паспортные данные: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Кем и когда выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Адрес регистрации по месту жительства): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Фактический адрес проживания: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Контактный телефон: \_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить в Центр игровой поддержки моего ребенка:

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка)  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)  
Свидетельство о рождении \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. Родителя)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Даю согласие на обработку персональных данных \_\_\_\_\_  
(подпись)