

Заведующему МБДОУ ДС № 29  
«Солнышко» г. Туапсе  
С. А. Захаровой  
Родителя (законного  
представителя)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(указать полностью Ф.И.О. законного представителя ребенка)*

**Заявление  
на получение услуг консультационного центра**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))  
проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес проживания)  
телефон \_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

Прошу предоставить методическую, психолого-педагогическую, диагностическую и консультативную помощь (нужное подчеркнуть) по вопросам воспитания и развития моего ребёнка, получающего дошкольное образование в форме семейного образования

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребёнка, дата рождения)

В соответствии с п.1 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», необходимых для получения услуг консультационного центра,

я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))  
согласна на осуществление любых действий (операций), в т. ч.: получение, обработку, хранение, в отношении моих персональных данных и моего несовершеннолетнего ребенка.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

(дата)