|  |
| --- |
| Директору МБОУ «Первая школаимени М.А. Пронина»Кипяткову Р.Н. |
| (от) |
| *(ФИО заявителя)* |
| проживающего(й) по адресу |
|  |
| *(адрес заявителя)* |
| тел.  |
| *(номер телефона заявителя)* |

Прошу Вас включить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моего сына / дочь, обучающегося / обучающуюся (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_ класса МБОУ «Первая школа имени М.А. Пронина» в список участников диагностических процедур, проводимых в рамках формирования классов проекта «Математические классы Подмосковья» на 2025-2026 учебный год.

С Положением о классах с углубленным изучением отдельных (математических) учебных предметов «Математические классы Подмосковья» и порядком проведения диагностических процедур ознакомлен (а).

Даю свое согласие МБОУ «Первая школа имени М.А. Пронина» на обработку персональных данных моего ребенка.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата)