|  |
| --- |
| **МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЕТСКИЙ САД «СКАЗКА» ПГТ. КУЙБЫШЕВО БАХЧИСАРАЙСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ КРЫМ** |
| 298470, Республика Крым, Бахчисарайский район, пгт.Куйбышево, ул Колхозная,31тел.: 7(36554) 6-32-02 E-mail: sadik\_bahchisarai-rayon8@crimeaedu.ru |

**ЗАЯВЛЕНИЕ-АНКЕТА**

**для оформления запроса родителей в**

**КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ПУНКТ**

**МБДОУ «Сказка» пгт. Куйбышево**

|  |  |
| --- | --- |
| *данные* | *поле для заполнения* |
| Дата запроса/оформления анкеты |  |
| ФИО родителя *(законного представителя)* ребёнка |  |
| e-mail для обратной связи |  |
| ФИО ребёнка |  |
| Дата рождения *(число, месяц, год)* |  |
| У какого специалиста хотели бы получить консультацию? |  |
| Повод обращения *(проблема, вопрос)* |  |
| Заполнив анкету, я даю СОГЛАСИЕ на обработку своих персональных данных и персональных данных своего ребёнка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись/расшифровка |

*■ ПРИМЕЧАНИЕ:* обработка персональных данных включает в себя фиксирование Вашего запроса в журнале регистрации запросов Консультационного центра и в журнале регистрации родителей, посещающих Консультационный центр.

после получения Вашей анкеты специалисты Консультационного центра:

* подготовят консультацию
* отправят ее по адресу электронной почты, указанному в анкете