

Sējas Mūzikas un mākslas skolas direktorei **Annai Porterei**

|  |
| --- |
|  |
| (Vārds, Uzvārds) |
|  |
| (Adrese) |
|  |
| (tālrunis, e-pasts) |

**IESNIEGUMS**

Lūdzu uzņemt manu meitu/dēlu vārds, uzvārds

**Profesionālās ievirzes izglītības programmā: (*izvēlēto atzīmēt ar X*)**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MŪZIKAS NODAĻĀ | |  | MĀKSLAS NODAĻĀ | |
|  | Sagatavošanas grupā |  | Sagatavošanas grupā |

**Ziņas par audzēkni**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Audzēkņa vārds, uzvārds |  |
| 1. Dzimšanas datums |  |
| 1. Personas kods  *(nepieciešams datu ievadei izglītības sistēmā)* |  |
| 1. Dzīvesvietas adrese, tālrunis |  |
| 1. Deklarētā adrese  (ja atšķiras no faktiskās) |  |
| 1. Bērnudārzs, kurā mācās |  |
| 1. Gads, kad uzsāks mācības pamatskolas 1. klasē |  |
| 1. Vai līdz šim jau apguvis mūziku/mākslu |  |

**Ziņas par vecākiem**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Māte |  | Vārds, uzvārds |  |
|  |  | Tālrunis, e-pasts |  |
| Tēvs |  | Vārds, uzvārds |  |
|  |  | Tālrunis, e-pasts |  |
| Aizbildnis |  | Vārds, uzvārds |  |
|  |  | Tālrunis, e-pasts |  |
|  |  |  |  |

**Pielikumā jāpievieno:**

* ārsta izziņa (ka bērns drīkst apmeklēt mūzikas/mākslas skolu);

**Piekrītu ka mans bērns var tikt fotografēts un filmēts Sējas MMS mācību procesā un ar to saistītajos pasākumos. Piekrītu ka šīs fotogrāfijas un video var tikt publicēti Sējas MMS un Saulkrastu novada mājas lapās un Sējas MMS sociālajos tīklos**.

20\_\_. gada \_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vecāku paraksts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*Dati tiks izmantoti tikai skolas dokumentācijas vajadzībām likumdošanas ietvaros)

\*\* Pašrocīgs datums un paraksts nav nepieciešams, ja dokuments parakstīts ar drošu elektronisko parakstu,

kas satur laika zīmogu un nosūtīts uz epastu - sejasmms@saulkrasti.lv