Рег.№

МБУ ДО "ВОЛОСОВСКИЙ ЦИТ"

Подписано цифровой подписью: МБУ ДО "ВОЛОСОВСКИЙ ЦИТ"
Дата: 2023.09.07 12:16:04 +03'00'

Директору МБУ ДО «Волосовский ЦИТ»
Филипповой Ирине Анатольевне
(ФИО руководителя)

от_____
(фамилия, имя, отчество полностью родителя (законного представителя) обучающегося, обучающегося, достигшего возраста 14 лет)

проживающего по адресу:_____
_____

тел._____

ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕЙ ПРОГРАММЕ И ПОЛУЧЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО СЕРТИФИКАТА (ПОДАВАЕМОЕ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПОТРЕБИТЕЛЯ)

Я, _____, прошу зачислить моего
(Ф.И.О.)
ребенка на обучение по дополнительной общеобразовательной программе
_____
(наименование программы)
в _____.
(наименование организации)
Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка _____
_____

Дата рождения ребенка ___/___/_____

Номер СНИЛС _____

Адрес регистрации ребенка _____
_____

Контактные данные: _____
(телефон и адрес электронной почты родителя (законного представителя)

☐ Настоящим подтверждаю, что я ознакомлен(а) с Правилами формирования в электронном виде социальных сертификатов на получение муниципальной услуги «Реализация дополнительных общеразвивающих программ» и реестра их получателей и обязуюсь соблюдать все без исключения положения указанных Правил.

☐ Даю информированное согласие на включение сведений о моем ребенке в реестр потребителей согласно Правилам формирования в электронном виде социальных сертификатов на получение муниципальной услуги «Реализация дополнительных общеразвивающих программ» и реестра их получателей.

«____» _____ 20__ года _____/_____/
подпись *расшифровка*

Для отметок учреждения, принявшего заявление

Заявление принял

Организация	**Должность**	**Фамилия ИО**
_____	_____	_____

Подпись _____

Рег.№

Директору МБУ ДО «Волосовский ЦИТ»
Филипповой Ирине Анатольевне
(ФИО руководителя)

от_____
(фамилия, имя, отчество полностью родителя (законного представителя) обучающегося, обучающегося, достигшего возраста 14 лет)

проживающего по адресу:_____
_____

тел._____

ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕЙ ПРОГРАММЕ И ПОЛУЧЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО СЕРТИФИКАТА (ПОДАВАЕМОЕ ПОТРЕБИТЕЛЕМ)

Я, _____, прошу зачислить меня
(Ф.И.О.)
на обучение по дополнительной общеобразовательной программе

_____
(наименование программы)
в _____.
(наименование организации)

Дата рождения ___/___/_____

Номер СНИЛС _____

Адрес регистрации _____
_____

Контактные данные: _____
(телефон и адрес электронной почты)

☐ Настоящим подтверждаю, что я ознакомлен(а) с Правилами формирования в электронном виде социальных сертификатов на получение муниципальной услуги «Реализация дополнительных общеразвивающих программ» и реестра их получателей и обязуюсь соблюдать все без исключения положения указанных Правил.

☐ Даю информированное согласие на включение сведений о моем ребенке в реестр потребителей согласно Правилам формирования в электронном виде социальных сертификатов на получение муниципальной услуги «Реализация дополнительных общеразвивающих программ» и реестра их получателей.

«____» _____ 20__ года _____/_____/
подпись *расшифровка*

Для отметок учреждения, принявшего заявление

Заявление принял

Организация	**Должность**	**Фамилия ИО**
_____	_____	_____

Подпись _____