

Директору
МБУ ДО «ЦДТ «Мастер плюс»
городского округа Самара
Ю.А.Сомовой

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка

_____ (ФИО обучающегося)

в группу по обучению по дополнительной общеобразовательной программе

_____ (название программы)

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ / _____
(подпись)

(расшифровка подписи)

Сведения о ребенке:

Дата рождения: _____

ОУ, класс: _____

Адрес проживания: _____

Домашний телефон: _____

Сотовый телефон: _____

Ограничения по здоровью: _____

Сведения о родителях:

ФИО мамы: _____

Контактный телефон: _____

ФИО папы: _____

Контактный телефон: _____

С Уставом Центра, лицензий на осуществление образовательной деятельности, с общеразвивающей программой, с правами и обязанностями обучающихся, с режимом занятий, с методическими рекомендациями «О порядке привлечения и использования средств физических и (или) юридических лиц и мерах по предупреждению незаконного сбора средств с родителей (законных представителей) обучающихся, воспитанников муниципальных образовательных учреждений городского округа Самара в сфере образования» ознакомлен(а) и своей подписью даю согласие на использование данной информации в служебных целях.

Подпись _____