

Директору
МОБУ ЦО «Знание»
П.А. Деркач

(фамилия, имя, отчество)
зарегистрированного по адресу:

Адрес фактического
проживания _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас принять моего сына(дочь) _____

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

на платные образовательные занятия для освоения дополнительной образовательной
программы на курс _____

по _____ час(а) в неделю с «_____» _____ 20____ г. по
«_____» _____ 20____ г.

Родители:

Мать (фамилии, имя, отчество, адрес места жительства, контактный телефон) _____

Отец (фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, контактный телефон) _____

С Уставом Учреждения, Лицензией на право ведения образовательной деятельности, с учебно -
программной документацией и другими документами регламентирующими организацию
образовательного процесса и осуществления образовательной деятельности, в том числе по
предоставлению ПОДУ (условия приема ,оплаты и отчисления по ПОДУ т.д.) ознакомлен (ы) .

_____/_____
(подпись родителя) (расшифровка подписи)

«_____» _____ 20____ г