Директору МБОУ гимназии имени Ф.К.Салманова С.А.Кучиной

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф..И.О. заявителя)

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ**

Прошу оказать образовательную услугу по реализации дополнительной общеобразовательной программы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ направленности «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» (далее – Программа) с \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. обучающемуся, сведения о котором указаны ниже

Сведения о родителе (законном представителе):

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) |  |
| Телефон родителя (законного представителя) |  |
| Место жительства родителя (законного представителя) |  |

Сведения об обучающемся:

|  |  |
| --- | --- |
| Номер сертификата дополнительного образования |  |
| Фамилия, имя, отчество обучающегося |  |
| Дата рождения обучающегося |  |
| Место жительства обучающегося |  |
| Телефон обучающегося |  |

С дополнительной общеобразовательной программой, уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности МБОУ гимназии имени Ф.К.Салманова, с правами и обязанностями обучающихся ознакомлен.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_