

МОБУ «СОШ
«Агалатовский ЦО»

Директору МОБУ «СОШ «Агалатовский ЦО»
Сергиенко Светлане Юрьевне

от

*

(Ф.И.О родителя (законного представителя))
проживающего (ей) по адресу*

паспорт: серия

№

выдан

Прошу принять на платное обучение в МОБУ «СОШ «Агалатовский ЦО»

(Ф.И.О. ребенка)

по дополнительной образовательной общеразвивающей программе

«

»

Сведения о ребенке:

Дата рождения * _____

Адрес регистрации* _____

Адрес проживания * _____

Ребенок обучается в* _____

(название образовательной организации)

У ребенка нет / есть ограничений(Я) по здоровью

(указать какие)

С Уставом, Положением о порядке приёма, перевода и отчисления учащихся, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, Правилами внутреннего распорядка учащихся ознакомлен(а).

Заявитель - родитель (законный представитель):

Ф.И.О. * _____

Контактный телефон *e-mail _____

Место работы, должность _____

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

« _____ 20 г. _____ / _____ /
(подпись) (Фамилия И.О.)

Примечание: поля, отмеченные *, обязательны для заполнения.