

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА
ВКЛЮЧЕНИЕ РЕБЕНКА В СИСТЕМУ ПЕРСониФИЦИРОВАННОГО
ФИНАНСИРОВАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Утверждаю

Директор МОУ «Первомайская СОШ»

_____ М.М.Цыганова

Приказ № ____ от «__» _____ 20__ г.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВКЛЮЧЕНИИ В СИСТЕМУ
ПЕРСониФИЦИРОВАННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ И
ФОРМИРОВАНИИ СЕРТИФИКАТА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ № 01-29873143

Я, _____, (Ф.И.О.) прошу включить моего ребенка в систему персонифицированного финансирования дополнительного образования детей городского округа Истра. Фамилия, имя, отчество (при наличии) - _____ Дата рождения ребенка ____/____/____ г. Адрес регистрации ребенка _____ Контактные данные: тел. _____

_____ (телефон и адрес электронной почты родителя (законного представителя)).

Настоящим подтверждаю, что я ознакомлен(а) с Правилами персонифицированного финансирования дополнительного образования детей и обязуюсь соблюдать все без исключения положения указанных Правил.

«__» _____ 20__ года _____/_____/_____

подпись расшифровка

Для отметок учреждения, принявшего заявление

	Заявление принял	
Организация	Должность	Фамилия ИО
МОУ «Первомайская СОШ»	зам. директора по ВР	Рубцова И.В.
	Подпись _____	

