МОУ СОШ им. А.А. Чижова с. Владыкино

Каменского района

# От

ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ

Прошу оказать образовательную услугу по реализации дополнительной общеобразовательной программы.»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"Дополнительная общеобразовательная общеразвивающая программа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ направленности "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_", начинная с модуля:"1.1годобучения"(далее– Программа) 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 Муниципальное общеобразовательное учреждение средняя общеобразовательная школа имени Героя Социалистического Труда Анатолия Алексеевича Чижова с. Владыкино Каменского района Пензенской области, юридический адрес которого: Пензенская обл, г Каменского района, ул Косьяновка, д 19, справами и обязанностями обучающихся ознакомлен.

 /подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_расшифровк