

Муниципальное учреждение дополнительного образования
«Центр поддержки детства»
(наименование организации)

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
заявителя*)

место регистрации (адрес*):

телефон:

электронная почта:

Документ,
удостоверяющий
личность*: №

(дата выдачи, кто выдал)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о зачислении на обучение по дополнительной образовательной программе

Прошу принять

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)*)

(дата рождения)* (номер СНИЛС) (номер сертификата)

проживающего(ую) по адресу:

в **Муниципальное учреждение дополнительного образования «Центр поддержки детства»**
(наименование организации)

для обучения по дополнительной общеобразовательной программе
«Архимед» (несертифицированная ДООП, период обучения: 15.09.2025-31.05.2026)

С уставом организации; датой и регистрационным номером лицензии на осуществление образовательной деятельности; дополнительной общеобразовательной программой; другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен.

Прошу информировать меня о результате предоставления услуги*:

☐ по электронной почте;

☐ по телефону;

☐ по почте.

(подпись заявителя)*

(дата подачи заявления)*

РАСПИСКА
в приеме документов

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя) (дата и время подачи заявления)

подал(а) заявление о зачислении (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребёнка)

в **Муниципальное учреждение дополнительного образования «Центр поддержки детства»**
(наименование организации)

для обучения по дополнительной общеобразовательной программе **«Архимед»**
на **2025/2026** учебный год. Заявлению присвоен номер

Документы принял: (наименование должности) (подпись) (инициалы, фамилия)

* Поля, обязательные для заполнения