

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  
**«Мастерята» (платная ДООП, период обучения: 01.09.2025-31.05.2026)**  
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 **«Мастерята»**  
на 2025/2026 учебный год. Заявлению присвоен номер

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

\* Поля, обязательные для заполнения