Директору ОГБПОУ ДТК

 В.А.Кологрееву

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО родителя (законного представителя)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес проживания)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес электронной почты)

**Заявление о приеме на обучение**

**по дополнительной общеразвивающей программе**

Сведения об обучающемся:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Дата рождения |  |
| Адрес места жительства |  |
| Номер сертификата дополнительного образования | - |
| Телефон |  |
| Электронная почта  |  |

Сведения о дополнительной общеразвивающей программе

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование, ID программы |  |
| Даты начала и окончания обучения  |  |
| Количество часов реализации программы |  |
| Стоимость программы за период обучения  |  |

Настоящим подтверждаю, что я ознакомлен(а) с дополнительной общеразвивающей программой, уставом, свидетельством о государственной регистрации, лицензией на ведение образовательной деятельности, правилами оказания платных образовательных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование исполнителя образовательных услуг)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *подпись расшифровка*

Для отметок учреждения, принявшего заявление

|  |
| --- |
| Заявление принял |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Должность****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **ФИО****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

 |