|  |
| --- |
| Директору МБУ ДО ЦНТТ Щетущенко И.В.. |
|  |
|  (Ф.И.О. родителя, законного представителя) |
| проживающего по адресу:  |
|  |
| тел |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**(на платные услуги)**

Прошу Вас принять моего ребенка в число обучающихся МБУ ДО Центр научно-технического творчества на платной основе.

(Ф.И.О.)\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
(число, месяц, год рождения)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** возраст **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ,
школа, класс\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для посещения занятий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С условиями Положения о приёме, переводе, отчислении учащихся в МБУ ДО ЦНТТ, Уставом МБУ ДО ЦНТТ, лицензией на право ведения образовательной деятельности, с Правилами внутреннего распорядка учащихся, с перечнем платных услуг, с Положение «Об оказании платных образовательных услуг», с Положение «О расходовании внебюджетных средств» и другими локальными, нормативными актами ознакомлен(а).

Предупрежден(а), что в случае невозможности посещения занятий по причинам (болезни, по семейным обстоятельствам и др.) обязуюсь предупредить, до начала занятий, педагога ДО или администрацию Центра в устной форме и в дальнейшем предоставить письменное подтверждение (справка от врача)

**Сведения о родителях**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Отец** | **Мать** |
| Фамилия, имя, отчество (полностью) |  |  |
| Место работы, должность |  |  |
| Домашний адрес, телефон |  |  |

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)                        (расшифровка подписи )

|  |
| --- |
| Директору МБУ ДО ЦНТТ Щетущенко И.В. |
|  |
|  (Ф.И.О. родителя, законного представителя) |
| проживающего по адресу:  |
|  |
| тел |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**(на платные услуги)**

Прошу Вас принять моего ребенка в число обучающихся МБУ ДО Центр научно-технического творчества на платной основе.

(Ф.И.О.)\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
(число, месяц, год рождения)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** возраст **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ,
школа, класс\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для посещения занятий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С условиями Положения о приёме, переводе, отчислении учащихся в МБУ ДО ЦНТТ, Уставом МБУ ДО ЦНТТ, лицензией на право ведения образовательной деятельности, с Правилами внутреннего распорядка учащихся, с перечнем платных услуг, с Положение «Об оказании платных образовательных услуг», с Положение «О расходовании внебюджетных средств» и другими локальными, нормативными актами ознакомлен(а).

Предупрежден(а), что в случае невозможности посещения занятий по причинам (болезни, по семейным обстоятельствам и др.) обязуюсь предупредить, до начала занятий, педагога ДО или администрацию Центра в устной форме и в дальнейшем предоставить письменное подтверждение (справка от врача)

**Сведения о родителях**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Отец** | **Мать** |
| Фамилия, имя, отчество (полностью) |  |  |
| Место работы, должность |  |  |
| Домашний адрес, телефон |  |  |

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.             \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)                        (расшифровка подписи )