

Директору МБОУ
«Цнинская СОШ №2»
Черниковой С.В.

от _____
Ф. И. О. родителя (законного представителя)

проживающего (ей) по адресу (телефон):

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка _____
(фамилия, имя, отчество)

(класс, дата рождения)

в группу платного дополнительного образования

(название программы)

(адрес регистрации ребёнка)

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, уставом школы и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся ознакомлен(а).

(Информация предоставлена на *сайте* и на *стенде* ОО)

(дата)

(подпись)