

ФОРМА 2. ЗАЯВЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ О ЗАЧИСЛЕНИИ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ

ЗАЯВЛЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ  
ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ

Я, \_\_\_\_\_, прошу зачислить меня  
(Ф.И.О.)  
на обучение по дополнительной общеобразовательной программе

\_\_\_\_\_

(наименование программы)

в \_\_\_\_\_.

(наименование организации)

Дата рождения \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Номер СНИЛС \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Контактные данные: \_\_\_\_\_

(телефон и адрес электронной почты)

Настоящим подтверждаю, что я ознакомлен(а) с Правилами персонифицированного финансирования дополнительного образования детей и обязуюсь соблюдать все без исключения положения указанных Правил.

Даю информированное согласие на включение сведений обо мне в реестр потребителей согласно Правилам персонифицированного финансирования дополнительного образования детей.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись \_\_\_\_\_ расшифровка \_\_\_\_\_

Для отметок учреждения, принявшего заявление

Заявление принял

Организация

Должность

Фамилия ИО

Подпись \_\_\_\_\_