Начальнику РМЦ ДОД Бычинской А.В.

от

(фамилия, имя, отчество)

Проживающего(ей) по адресу

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВКЛЮЧЕНИИ В СИСТЕМУ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ СЕРТИФИКАТА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Я, , прошу включить моего ребенка в систему персонифицированного финансирования дополнительного образования детей ГО Смоленск (название муниципального района/городского округа Смоленской области)

ФИО (при наличии) ребенка

Дата рождения ребенка

Адрес регистрации ребенка

Контактные данные

(телефон и электронный адрес родителя (законного представителя) ребенка)

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

« » 20 /

*подпись расшифровка*

**Заявление принял**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Организация | должность | ФИО |
| СОГБУДО "Центр развития творчества детей и юношества" |   |    |

Подпись /