

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ВКЛЮЧЕНИЕ РЕБЕНКА  
В СИСТЕМУ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВКЛЮЧЕНИИ В СИСТЕМУ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОГО  
ФИНАНСИРОВАНИЯ И ФОРМИРОВАНИИ СЕРТИФИКАТА  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ № \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_, прошу включить моего  
(Ф.И.О.)

ребенка в систему персонифицированного финансирования дополнительного образования  
детей муниципального образования «Город Архангельск»

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка \_\_\_\_\_

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

Адрес регистрации ребенка \_\_\_\_\_

Контактные данные: \_\_\_\_\_

(телефон и адрес электронной почты родителя (законного представителя))

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 года \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись расшифровка

Для отметок учреждения, принявшего заявление

Заявление принял		
Организация	Должность	Фамилия ИО
_____	_____	_____
Подпись	_____	