

Директору муниципального автономного учреждения  
дополнительного образования г. Хабаровска  
«Центр эстетического воспитания детей «Отрада»  
С.Б. Белогруд

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять в число обучающихся \_\_\_\_\_  
наименование объединения

#### **(платные дополнительные образовательные услуги)**

моего сына (дочь):  
Фамилия (ребенка) \_\_\_\_\_  
Имя, отчество \_\_\_\_\_  
Год, месяц, число рождения \_\_\_\_\_  
Адрес регистрации ребенка \_\_\_\_\_  
Адрес проживания ребенка \_\_\_\_\_  
Образовательное учреждение: Дошкольное ОУ № \_\_\_\_\_  
Общеобразовательное учреждение \_\_\_\_\_ класс \_\_\_\_\_  
Свидетельство о рождении ребенка (паспорт): серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдано (кем) \_\_\_\_\_  
(когда) « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Заявители услуги:

#### **Мать ребенка:**

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
2. Место работы \_\_\_\_\_  
3. Должность \_\_\_\_\_  
4. Контактный телефон \_\_\_\_\_  
5. E-mail: \_\_\_\_\_

#### **Отец ребенка:**

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
2. Место работы \_\_\_\_\_  
3. Должность \_\_\_\_\_  
4. Контактный телефон \_\_\_\_\_  
5. E-mail: \_\_\_\_\_

#### **Иной законный представитель ребенка:**

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
2. Место работы \_\_\_\_\_  
3. Должность \_\_\_\_\_  
4. Контактный телефон \_\_\_\_\_  
5. E-mail: \_\_\_\_\_

Дата подачи заявления: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись / Ф.И.О заявителя

С Уставом учреждения, нормативными актами ознакомлен(а) и согласен (согласна). На обработку персональных данных согласен (согласна)

\_\_\_\_\_  
подпись / Ф.И.О заявителя / дата заполнения