### **Муниципальное автономное некоммерческое учреждение**

### **дополнительного образования**

**«Дом детского творчества «Юность»**

**Регистрационный номер**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

# Директору МАНУ ДО «ддт «Юность»

# Н.В. Кузнецовой

# от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Ф.И.О (родителя/законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(e-mail:)**

# ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка:

**\* Фамилия \* Имя** **\*Отчество \*Пол**

**(подчеркнуть)**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Ж

М

\***Дата рождения** **\* в объединение (название, ФИО педагога дополнительного образования)**

**\*Тип зачисление (подчеркнуть): \* номер группы**

с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_ г.

Платное Бюджет ПФДО

**и сообщаю следующие сведения о ребенке:**

**\*Тип документа (паспорт, свидетельство о рождении) \*Серия \* Номер \* Гражданство**

**\*СНИЛС \* № школы или д/с, класс \* Адрес проживания**

**\*Статус семьи (подчеркнуть)**

**Полная, неполная, многодетная, потеря кормильца, родители-инвалиды, мать-одиночка, один из родителей лишен родительских прав**

**Сведения о родителях (законных представителях):**

**\* Мать (ФИО полностью), дата рождения. \* Контактный телефон**

**\*Отец (ФИО полностью), дата рождения. \* Контактный телефон**

Обязуюсь представить в срок до **15 сентября** справку от врача о состоянии здоровья ребенка с заключением о возможности заниматься в объединении определенной направленности.

Копии паспорта одного из родителей (законного представителя,) свидетельство о рождении (паспорта) и СНИЛС ребенка прилагаю.

Предупрежден(а), что в случае невозможности посещения занятий моим ребенком по причинам (болезни, по семейным обстоятельствам и др.) обязуюсь предупредить педагога ДО или администрацию МАНУ ДО «ДДТ «Юность» в устной форме и в дальнейшем предоставить письменное подтверждение (справка от врача, записка от родителей и др.)

Я, подтверждаю правдивость и полноту предоставленной информации. Даю согласие (до его письменного отзыва мною) на обработку,хранение в учреждении копий персональных данных моих и моего ребенка и использование фото и видео материалов с его участием в целях обеспечения образовательного процесса и в материалах «ДДТ «Юность» рекламного характера. С Уставом, лицензией на осуществление образовательной деятельности, с дополнительной образовательной программой, условиями приема, расписанием занятий и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями учащихся и их законных представителей ознакомлен(а).

**Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. подпись / /**