ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ НОМИНАЛА СЕРТИФИКАТА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ГОД

№ 02-12633459

Сведения о родителе (законном представителе) ребенка[[1]](#footnote-1):

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Адрес местожительства |  |
| Телефон |  |
| Электронная почта |  |

Сведения об обучающемся:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Дата рождения |  |
| Адрес местожительства |  |
| Номер сертификата дополнительного образования |  |
| Телефон[[2]](#footnote-2) |  |
| Электронная почта2 |  |

Прошу определить на \_\_\_\_\_\_\_ год номинал указанного выше сертификата дополнительного образования с учетом Программы персонифицированного финансирования г.о. Долгопрудный Московской области на соответствующий год.

Настоящим подтверждаю, что я ознакомлен(а) с Правилами персонифицированного финансирования дополнительного образования детей и обязуюсь соблюдать все без исключения положения указанных Правил, включая, но не ограничиваясь, правилами получения и использования сертификата дополнительного образования с определенным номиналом.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *подпись расшифровка*

Для отметок учреждения, принявшего заявление

|  |
| --- |
| Заявление принял |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Организация** | **Должность** | **Фамилия ИО** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |

 |

1. Если заявление подается ребенком, достигшим возраста 14 лет, данный раздел не заполняется [↑](#footnote-ref-1)
2. Заполняется только если заявление подается ребенком, достигшим возраста 14 лет [↑](#footnote-ref-2)