

Заведующему
государственного бюджетного дошкольного
образовательного учреждения детского
сада № 4 общеразвивающего вида
Калининского района Санкт-Петербурга
С.А.Васюкович

от _____

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) заявителя)

Адрес регистрации _____

Паспортные данные _____

Контактные телефоны: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить образовательную услугу по
Общеобразовательной программе дополнительного образования «Волшебные ручки»
(наименование дополнительной образовательной программы; форма обучения, вид,
художественной направленности, форма обучения очная, групповая
уровень и (или) направленность образовательной программы (часть образовательной программы определенного
уровня, вида и (или) направленности)

моему ребенку (сыну, дочери) –

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребенка)

в период с 02.10.2023 по 31.05.2024.

С лицензией на право осуществления образовательной деятельности, Уставом, Положением о порядке и условиях предоставления платных услуг государственного бюджетного дошкольного образовательного учреждения детского сада № 4 общеразвивающего вида Калининского района Санкт-Петербурга ознакомлен.

Дата _____ Подпись _____

Даю согласие на обработку персональных данных моих и ребенка

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребенка)

Дата _____ Подпись _____

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 15907697731225437733171220106122902855701791374

Владелец Васюкович Светлана Александровна

Действителен с 18.07.2023 по 17.07.2024