

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 _____

(документ, удостоверяющий личность заявителя)

паспорт _____

Контактные телефоны: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить образовательную услугу по

Общеобразовательной программе дополнительного образования «Логоритмика»

(наименование дополнительной образовательной программы; форма обучения, вид,

социально-педагогической 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