

И.о.заведующего  
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 01.10.2024 по 31.05.2025.

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 651630489533221723568905051781519580762169777230

Владелец Васюкович Светлана Александровна

Действителен с 12.07.2024 по 12.07.2025