

И.о.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 «Ритмопластика»

(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 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