



Руководителю Центра цифрового образования
детей «ИТ-куб» Кудрявцевой Т. В.

(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

Проживающего по адресу: _____

Контактный телефон _____

e-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего сына (дочь) _____

(Ф.И.О. обучающегося)

« ____ » _____ г. рождения в Центр цифрового образования детей «ИТ-куб»
в группу: _____ по направлению:

№ группы

Количество часов в год по программе: _____ ч.

Дополнительно сообщая:

Наименование учебного заведения: _____

Класс: _____ Смена: _____

Контактный телефон обучающегося: _____

Сведения о родителях (законных представителях):

Мать: Ф.И.О. _____

Место работы и должность _____

Контактный телефон _____

Отец: Ф.И.О. _____

Место работы и должность _____

Контактный телефон _____

Особенности здоровья обучающегося: _____

К заявлению прилагаются:

- Копия свидетельства о рождении (до 14 лет)

С Уставом учреждения, лицензией, образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен(а) и согласен(на).

Общая нагрузка моего ребенка в дополнительном образовании составляет _____ часов в неделю. За увеличение дополнительной нагрузки сверх нормативов СанПин всю ответственность за здоровье ребенка _____ несу лично.

« ____ » _____ 202_ г.

Подпись

(_____)
Фамилия И.О.