

ЗАЯВЛЕНИЕ
родителей (законных представителей) о приеме
в муниципальное автономное учреждение
дополнительного образования г. Хабаровска
«Детско-юношеский центр «Восхождение»

Прошу принять в число обучающихся _____ моего сына (дочь):
(наименование объединения)

Фамилия (ребенка): _____

Имя, отчество: _____

Год, месяц, число рождения: _____

Адрес регистрации ребенка: _____

Адрес проживания ребенка: _____

Образовательное учреждение: Дошкольное ОУ № _____

Общеобразовательное учреждение _____ класс _____

Свидетельство о рождении ребенка (паспорт): серия _____ № _____,
выдано _____ «____» _____ 20__ г.;

Заявители услуги:

Мать ребенка:

1. ФИО: _____
2. Место работы: _____
3. Должность: _____
4. Контактный телефон: _____
5. E-mail: _____

Отец ребенка:

1. ФИО: _____
2. Место работы: _____
3. Должность: _____
4. Контактный телефон: _____
5. E-mail: _____

Иной законный представитель ребенка:

1. ФИО: _____
2. Место работы: _____
3. Должность: _____
4. Контактный телефон: _____
5. E-mail: _____

Дата подачи заявления: «____» _____ 20__ г.

ФИО заявителя подпись заявителя: _____

С Уставом учреждения, нормативными актами ознакомлен(а) и согласен(согласна).
На обработку персональных данных согласен (согласна).

(Подпись)

«____» _____ 20__ г.
(Дата заполнения)

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

(Ф.И.О.)

(год рождения)

По состоянию здоровья к занятиям в объединение _____
допускается

Врач « ____ » _____ 20 ____ г

Печать

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

(Ф.И.О.)

(год рождения)

По состоянию здоровья к занятиям в объединение _____
допускается

Врач « ____ » _____ 20 ____ г

Печать

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

(Ф.И.О.)

(год рождения)

По состоянию здоровья к занятиям в объединение _____
допускается

Врач « ____ » _____ 20 ____ г

Печать

МЕДИЦИНСКОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

(Ф.И.О.)

(год рождения)

По состоянию здоровья к занятиям в объединение _____
допускается

Врач « ____ » _____ 20 ____ г

Печать