ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ НОМИНАЛА СЕРТИФИКАТА ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ГОД

№ 2-

Сведения о родителе (законном представителе) ребенка[[1]](#footnote-1):

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Адрес местожительства |  |
| Телефон |  |
| Электронная почта |  |

Сведения об обучающемся:

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
| Дата рождения |  |
| Адрес местожительства |  |
| Номер сертификата ДО |  |
| Телефон[[2]](#footnote-2) |  |
| Электронная почта2 |  |

Прошу определить на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год номинал указанного выше сертификата дополнительного образования с учетом Программы персонифицированного финансирования г.о.г. Сарова Нижегородской области на соответствующий год.

Настоящим подтверждаю, что я ознакомлен(а) с Правилами персонифицированного финансирования дополнительного образования детей и обязуюсь соблюдать все без исключения положения указанных Правил, включая, но не ограничиваясь, правилами получения и использования сертификата дополнительного образования с определенным номиналом.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*подпись расшифровка*

Для отметок учреждения, принявшего заявление

|  |
| --- |
| Заявление принял |
|  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Организация** | **Должность** | **Фамилия ИО** | | МБУ ДО ДДТ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |  |  |  | |

1. Если заявление подается ребенком, достигшим возраста 14 лет, данный раздел не заполняется [↑](#footnote-ref-1)
2. Заполняется только если заявление подается ребенком, достигшим возраста 14 лет [↑](#footnote-ref-2)