

Директору МБУ ДО ЦТ  
Л.В.Трубниковой

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

\_\_\_\_\_  
(паспорт: серия, номер, когда и кем выдан)

заявление.

Прошу принять моего ребенка

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) ребенка)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата выдачи свидетельства о рождении)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства (места пребывания, места фактического проживания) ребенка)

в Муниципальное бюджетное учреждение дополнительного образования «Центр творчества Усманского муниципального района Липецкой области» на обучение по дополнительной общеразвивающей программе \_\_\_\_\_

в объединение \_\_\_\_\_ направленности

Предполагаемое время занятий: \_\_\_\_\_

*Сведения о родителях (законных представителях) ребенка*

Ф.И.О. (последние - при наличии) родителей (законных представителей) ребенка:

Мать \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

Адрес места жительства родителей (законных представителей):

Мать \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

Контактные телефоны родителей (законных представителей):

Мать \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

Адреса электронной почты родителей (законных представителей):

Мать \_\_\_\_\_

Отец \_\_\_\_\_

С Уставом, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере лицензии на осуществление образовательной деятельности, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности учащихся, ознакомлен(ы).

В целях реализации прав, установленных частью 4 статьи 14, частью 3 статьи 44 Федерального закона от 29.12.2012г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», прошу предоставить возможность получения моим ребенком дополнительного образования на родном \_\_\_\_\_ языке из числа языков народов Российской Федерации.

Наличие потребности в обучении ребенка по адаптированной дополнительной общеразвивающей программе и (или) в создании специальных условий для организации обучения и воспитания ребенка – инвалида в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (при наличии) \_\_\_\_\_.

(да, нет)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(подпись)