№ \_\_\_\_\_\_\_\_ Заведующему

муниципального автономного дошкольного

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. образовательного учреждения города Калининграда центра развития ребенка - детского сада № 76 (МАДОУ ЦРР д/с № 76)

А.В.Тырчик

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя

(законного представителя) ребенка)

Проживающего(ей) по адресу:

Контактные телефоны

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о приеме на обучение по дополнительным общеразвивающим программам**

Прошу принять на обучение по дополнительной общеразвивающей программе

(наименование программы)

в муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение города Калининград центр развития ребенка - детский сад № 76 моего ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

(место рождения ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(дата рождения ребенка)

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(место жительства ребенка)

Фамилия, имя, отчество родителей (законных представителей) ребенка:

Мать (Ф.И.О., контактный телефон)

Отец (Ф.И.О., контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)

С Уставом, Лицензией на осуществление образовательной деятельности, образовательными программами, документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, информацией о сроках приема документов, в том числе через информационные системы общего пользования, Положением об оказании платных дополнительных образовательных услуг ознакомлен (а):

(Фамилия, имя, отчество(при наличии) родителя (законного представителя) ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Дата ознакомления) (Подпись)