

Врио директора ГБОУ СОШ № 653  
Калининского района Санкт-Петербурга  
имени Рабиндраната Тагора  
Т.Е. Матвеевой

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

Проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата выдачи \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка \_\_\_\_\_  
(ФИО обучающегося/воспитанника)

обучающегося (воспитанника) \_\_\_\_\_ группы структурного подразделения дошкольного образования на обучение в группу платных образовательных услуг по дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программе:

\_\_\_\_\_

(название дополнительной общеобразовательной общеразвивающей программы, количество часов)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Уставом ГБОУ СОШ № 653 Калининского района Санкт-Петербурга имени Рабиндраната Тагора, Положением об организации деятельности по оказанию дополнительных платных образовательных услуг, образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся, ознакомлен(а).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)