**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о включении в систему персонифицированного финансирования и формировании сертификата дополнительного образования
№\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Я, , прошу включить

 (Ф.И.О.)

моего ребенка в систему персонифицированного финансирования дополнительного образования детей

(наименование муниципального образования,

 расположенного на территории Свердловской области (далее – муниципальное образование))

Фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка

Дата рождения ребенка \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер СНИЛС

Адрес регистрации ребенка

Контактные данные:

 (телефон и адрес электронной почты родителя (законного представителя)

Настоящим подтверждаю, что я ознакомлен (а) с Положением
о персонифицированном дополнительном образовании детей
в

 (наименование муниципального образования)

и обязуюсь соблюдать все без исключения положения указанного правового акта.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года /

 подпись расшифровка

Для отметок учреждения, принявшего заявление

|  |
| --- |
| Заявление принял |
|  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Организация | Должность | Фамилия ИО |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпись | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |

 |