Директору МБУ ДО СШ «ОЛИМП»
А.А.Демченко
от_____
_____
_____
(Ф.И.О.)
зарегистрирован: г._____
ул._____
д.№_____кв.№_____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить в группу дополнительных платных услуг для занятий _____
_____
_____
(фвмилия, имя, отчество полностью)

числа_____, месяца_____, года рождения_____

Место работы:_____
_____

Дата: «_____»_____20____г. Подпись _____

С Уставом ознакомлен (а): _____

Допускается к занятиям при наличии документов:

1 Медицинская справка.

2 Договор на оказание дополнительных платных услуг

3. Копия документа, удостоверяющего личность обучающегося

4. Согласие на обработку персональных данных.