**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 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | |  |  |  | |