



СЕТЬ ЦЕНТРОВ ЦИФРОВОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТЕЙ «ИТ-КУБ»

Руководителю ИТ-Куб.Шумерля  
Е.В. Холкину

От \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

## Заявление

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество полностью)

Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Адрес регистрации ребенка \_\_\_\_\_

Адрес проживания ребенка \_\_\_\_\_

Телефон ребенка \_\_\_\_\_, №. школы \_\_\_\_\_

Класс \_\_\_\_\_, в структурное подразделение Центр цифрового образования детей «ИТ-Куб.Шумерля» Шумерлинского политехнического техникума Минобразования Чувашии, по общеобразовательной общеразвивающей программе: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество матери (законного представителя))

Контактный телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество отца (законного представителя))

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Ознакомлен(а) с лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, Положением о Центре цифрового образования «ИТ-Куб.Шумерля».

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)

у \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество родителя, (законного представителя), несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

даю свое согласие на зачисление в ИТ-Куб.Шумерля моего(ей) сына (дочери)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)

