Директору ОСП ДПОС

«Академия менеджмента и агробизнеса»

ФГБОУ ВО СПбГАУ

Прошу принять моего ребенка на обучение по дополнительной общеразвивающей программе «***название программы***» в срок с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Ф. И. О. родителя (полностью) |  |
| Паспорт | серия\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес регистрации/проживания |  |
| Дата, год и место рождения |  |
| Фамилия и имя ребенка  |  |
| Дата рождения ребенка |  |
| Контактный телефон,e-mail |  |

*ФИО Подпись*