

Расписка в получении документов по приему в МУ ДО «ЦДОД «Вдохновение»

Регистрационный № _____

Место приема МУ ДО ЦДОД «Вдохновение»

ФИО заявителя _____

Адрес регистрации 167031, Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Карла Маркса, д.178, д.145.

Адрес для почтовой корреспонденции 167031, г.Сыктывкар, ул. Карла Маркса, д. 145.

Адрес электронной почты dopobraz@mail.ru

Номер телефона 8(8212) 312243

Наименование муниципальной услуги прием в МУ ДО «ЦДОД «Вдохновение»

Перечень принятых документов:

– Письменное заявление от родителя (законного представителя), либо личное заявление граждан от 14 лет и старше о приеме в Центр (1 экз, _____ страниц);

– Копия доверенности, оформленная в соответствии с действующим законодательством, и (или) иной документ, подтверждающий полномочия представителя (законного представителя) (1 экз, _____ страниц);

– Копия документа, удостоверяющего личность заявителя (представителя заявителя) (1 экз, _____ страниц);

– Копия свидетельства о рождении, либо паспорта гражданина с 14 лет (1 экз, _____ страниц);

– Копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) ребенка, а также копию документа, подтверждающего степень родства (свидетельство о рождении ребёнка или документ, подтверждающий законность представления прав детей) (1 экз., копия с представлением оригинала, копия возврату не подлежит) (1 экз, _____ страниц);

– Копия свидетельства о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания, или иной документ, содержащий сведения о регистрации ребенка по месту жительства или по месту пребывания (справка школьника из общеобразовательной организации) (1 экз, _____ страниц);

– Согласие на обработку персональных данных (1 экз, _____ страниц);

– Мед. справка от врача об отсутствии противопоказаний к занятию соответствующим видом спорта в области физической культуры и спорта (1 экз, _____ страниц);

– Заключение и рекомендации психолого-медикопедагогической комиссии (ПМПК) по созданию специальных условий обучения; для детей – инвалидов и инвалидов: индивидуальная программа реабилитации инвалида(1 экз, _____ страниц).

Информирование заявителя о результате приема/отказе в приеме в Центр по контактному телефону в течение 2-х рабочих дней;

Срок предоставления муниципальной услуги по приему в Центре с 15.08.20__ г. по 05.09.20__ г.

ФИО принявшего документы

Расшифровка подписи

ФИО заявителя

Расшифровка подписи

Заявление о приеме в Центр отозвано.

Основание – личное заявление заявителя от _____.

Заявление и прилагаемые к нему документы, необходимые для приема в Центр, принятые от заявителя в полном объеме выданы на руки.

ФИО выдавшего документы

Расшифровка подписи

ФИО заявителя

Расшифровка подписи