

Директору  
Некоммерческой организации  
благотворительного фонда «Мял»  
Дзейтовой Л.Х.

от (ФИО) \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Район \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

Прошу зачислить моего ребенка, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

в Программу с использованием лечебной верховой езды (иппотерапии).

Дата рождения \_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении \_\_\_\_\_

Полис обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

Наличие инвалидности \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_ степень \_\_\_\_\_

Сведения о родителях:

Мать (ФИО) \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Телефон для связи \_\_\_\_\_

Отец (ФИО) \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Телефон для связи \_\_\_\_\_

Дополнительная информация (в случае необходимости) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_