

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 _____