

Директору Государственного бюджетного  
общеобразовательного учреждения средней  
общеобразовательной школы № 619  
Калининского района Санкт-Петербурга  
**Байковой Ирине Григорьевне**  
(Ф.И.О. директора)

от родителя (законного представителя)

Фамилия \_\_\_\_\_  
Имя \_\_\_\_\_  
Отчество \_\_\_\_\_  
Место регистрации:  
Город \_\_\_\_\_  
Район \_\_\_\_\_  
Улица \_\_\_\_\_  
Дом \_\_\_\_\_ корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_  
Дом. телефон \_\_\_\_\_  
Моб. телефон \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е

#### родителей (законных представителей) о приеме в центр цифрового образования детей «IT-куб» Школы № 619 по адресу: Кондратьевский пр., д. 68, к. 3

Прошу зачислить меня (моего сына, дочь) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

в центр цифрового образования детей IT-куб Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения средней  
общеобразовательной школы № 619 Калининского района Санкт-Петербурга по направлению и возрасту (  ):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Программирование роботов (9-13+)  | <input type="checkbox"/> Кибергигиена и работа с большими данными (13+) |
| <input type="checkbox"/> Разработка VR/AR-приложений (12+) | <input type="checkbox"/> Мобильная разработка (13+)                     |
| <input type="checkbox"/> Системное администрирование (13+) | <input type="checkbox"/> Программирование на Python (14+)               |

Дополнительно сообщая:

Образовательная организация, которую посещает обучающийся: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_

Контактный телефон обучающегося: \_\_\_\_\_

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, уставом Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 619 Калининского района Санкт-Петербурга, с правилами внутреннего распорядка обучающихся, образовательными программами ознакомлен(а).

\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202 года  
(подпись)

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, родителя/законного представителя несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

даю свое согласие на зачисление в центр цифрового образования детей «IT-куб» Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения средней общеобразовательной школы № 619 Калининского района Санкт-Петербурга моего сына (дочери)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество, несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)  
\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202 года  
(подпись)

В случае ухудшения эпидемической обстановки в регионе

я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, родителя/законного представителя несовершеннолетнего, достигшего возраста 14 лет)

даю свое согласие на перевод воспитанника центра цифрового образования детей «IT-куб» на обучение с применением дистанционных образовательных технологий.

\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202 года  
(подпись)