

Директору школы танцев и  
воздушной атлетики «Аврора реальности»  
ИП Лющенко Д. К.

От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

## СОГЛАСИЕ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ШКОЛЫ ТАНЦЕВ И ВОЗДУШНОЙ АТЛЕТИКИ «АВРОРА РЕАЛИТИ»

Настоящим Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Паспорт серии \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(адрес по месту регистрации с указанием почтового индекса)

**даю свое согласие на заключение моим сыном, дочерью (ненужное вычеркнуть)**

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

Паспорт серии \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

договора оказания услуг школы танцев и воздушной атлетики «Аврора реальности».

Настоящим Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с условиями договора оказания услуг школы танцев и  
воздушной атлетики «Аврора реальности», прейскурантом цен, правилами посещения,  
расписанием, инструкцией по технике безопасности.

Подтверждаю, что мой ребенок имеет справку от педиатра\спортивного врача,  
подтверждающую здоровье моего ребенка и отсутствие противопоказаний к занятиям в  
школе танцев и воздушной атлетики «Аврора реальности».

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

/ \_\_\_\_\_  
(подпись)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.