

فرم درخواست نمایندگی

شماره و تاریخ

نام و نام خانوادگی متقاضی حقیقی/حقوقی نوع و نام مرکز آموزشی

آدرس مرکز آموزش با سکونت

شماره تماس متقاضی شماره تماس مرکز آموزشی

وضعیت کودکان یا فراگیران مرکز آموزش

| ردبف | پایه یا سن کودک (فراگیر) | تعداد کودک (فراگیر) | نام دوره مورد تقاضا | شیفت مورد تقاضا | ***مربی دارم/ندارم |
|------|--------------------------|---------------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

***مربی می بایست دوره مربوطه را طی کند

مهر و امضای مدیر مرکز آموزش

نام و نام خانوادگی مدیر

افرادی که فاقد مرکز آموزشی هستند بعنوان فرد حقیقی فرم را تکمیل نمایند

