|  |
| --- |
| Заведующему МДОУ ДС № 2 «КАЛИНКА» (наименование учреждения)Ляшук Светлане Николаевне а (фамилия, имя, отчество заведующего)Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (родителя (законного представителя)Проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ аКонтактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка

 (Ф.И.О. полностью, дата и место рождения)

посещающего группу № \_\_\_\_\_\_\_, отделение на дополнительные платные образовательные услуги, с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по

с локальными актами, регламентирующими работу по оказанию платных дополнительных образовательных услуг ознакомлены, с порядком их оплаты согласны.

 дата подпись ФИО