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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу зачислить моего ребенка

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

посещающего группу № \_\_\_\_\_\_\_, отделение на дополнительные платные образовательные услуги, с 01.10.20\_\_ г. по 31.05.20\_\_ г. по

1.

2.

3.

4.

5.

6.

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

г.

дата подпись ФИО