|  |
| --- |
| 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