

_____ (Ф.И.О. родителя /законного
представителя)

_____ (проживающего по адресу)
_____ (контактный телефон)

заявление

Прошу Вас принять моего ребёнка _____

_____ (Ф.И.О. ребёнка, дата и место рождения, группа, которую посещает ребёнок)

на дополнительную платную образовательную (медицинскую) услугу _____

Ознакомлен с:

- Уставом МБДОУ «ЦРР – д\с № 39 «Золотой петушок» _____ (подпись)
- Лицензией на право ведения образовательной деятельности _____ (подпись)
- Дополнительной образовательной программой _____ (подпись)
- Положением об оказании платных образовательных услуг _____ (подпись)
- Лицензией на осуществление медицинской деятельности _____ (подпись)

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)