

Заведующему МБДОУ ЦРР №5
Шалинской М.П.

от _____

_____ (Ф.И.О. заявителя полностью)
проживающего

_____ (адрес полностью)

Заявление

Прошу зачислить с _____ 20__ г. в группу (кружок) « _____

_____ (наименование платной дополнительной образовательной услуги)

моего сына (дочь) _____ (фамилия, имя ребенка)

дата рождения _____

С условиями оплаты ознакомлены согласны

Дата заполнения « _____ » _____ 2018 г.

_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)