

Директору МБДОУ ЦРР-ДС
Багировой Н.В.

Ф.И.О родителя (законного представителя) ребёнка

Адрес

проживания: _____

Тел: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас зачислить моего ребенка, _____

(фамилия, имя ребенка, число, месяц, год рождения)

посещающего группу № _____ на дополнительную образовательную
услугу « _____ » на платной основе
с _____ 20 ____ г.

« _____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
(подпись) (расшифровка)