

Директору МБДОУ ЦРР-ДС
Багировой Н.В.

Ф.И.О родителя (законного представителя) ребёнка

Адрес

проживания: _____

Тел: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас расторгнуть договор на оказание платных дополнительных образовательных услуг, _____

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

посещающего(ей) группу № _____ по дополнительной образовательной услуге « _____ » на платной основе с _____ 20 ____ г.

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