

И.о. заведующего МБДОУ г. Астрахани № 120
_____ О.В.Яровой

от _____
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))
Проживающего (ей) по адресу _____

тел. _____

Заявление

Прошу Вас отчислить моего ребенка

_____,
(фамилия имя отчество)

« ____ » _____ с платного обучения по дополнительной
(дата рождения)

общеразвивающей программе художественной направленности «Волшебная
кисточка» для детей 1,6 – 3 года в соответствии с пунктом 5.4 договора по
инициативе заказчика с « ____ » _____ 20 ____

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись заявителя)

(заявитель)