

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 социально-гуманитарной направленности
«Нейроматематика» для детей 4 – 5 лет в соответствии с
пунктом 5.4 договора по инициативе заказчика с «__» _____ 20__

«__» _____ 20__ г.

(подпись заявителя)

(заявитель)