

И.о. заведующего МБДОУ г. Астрахани № 120

О.В. Яровой

от _____
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

Проживающего (ей) по адресу _____

тел. _____

Заявление

Прошу зачислить моего ребенка _____,
« ____ » _____ года рождения, воспитанника (цу) _____
группы МБДОУ г. Астрахани № 120, на платное обучение по
дополнительной общеразвивающей программе социально-гуманитарной
направленности «Нейроматематика» для детей 4 – 5 лет

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
(подпись заявителя) (заявитель)

С уставом, со сведениями о дате предоставления и регистрационном номере
лицензии на осуществление образовательной деятельности,
дополнительными общеразвивающими программами, положением об
оказании платных образовательных услуг и иными локальными
нормативными актами и документами МБДОУ г. Астрахани № 120,
регламентирующими организацию и осуществление образовательной
деятельности, права и обязанности воспитанников, ознакомлен (а)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
(подпись заявителя) (заявитель)