Директору

МБОУ СОШ №4 им.В.М.Евскина

 Головановой С.В.

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 проживающего (ей) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Телефон:

Заявление

 Прошу включить моего ребенка, учащегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_класса

в группу по дополнительным платным образовательным услугам, указанным в приложении к договору ДПОУ.

 *С нормативными документами, положением об оказании дополнительных платных образовательных услуг, МБОУ СОШ №4 им.В.М.Евскина ознакомлен(на).*

дата подпись расшифровка