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