

Заведующему МБДОУ
«Котовский ДС «Облачко»
Аверьяновой В.А.

(Фамилия, имя, отчество заявителя)
проживающего(ей) по адресу:

контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу предоставить моему ребенку _____

(фамилия, имя, отчество ребенка полностью,)

(Дата рождения, место проживания ребенка)

платную дополнительную образовательную услугу — занятия по дополнительной образовательной программе (наименование программы) «__» _____ 202__ г.
Расписание занятий согласовано с учетом мнения родителей

Дата

подпись

СОГЛАСИЕ родителей (законных представителей) воспитанников на оказание платных образовательных услуг

Я, _____, являясь
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

родителем (законным представителем) воспитанника _____

Ф.И. ребенка

даю согласие на оказание муниципальным бюджетным дошкольным образовательным учреждением «Котовский детский сад «Облачко» Старооскольского городского округа моему ребенку платных образовательных услуг во время организации самостоятельной деятельности воспитанников группы, посещаемой моим ребенком, в соответствии с сеткой организации платных образовательных услуг.

Дата «__» _____ 202__ г.

Подпись: _____ / _____ /

