

Директору МБОУ ДО ЦДТ
г.Томари Сахалинской области
А.Л. Аполониной

От _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить мне _____
_____ (Ф. И. О, дата рождения), платные дополнительные образовательные услуги по образовательной общеразвивающей программе ««КУДО» - территория здоровья 20+», в количестве 3-х раз в неделю по 1 часу, в среднем 12 занятий в месяц, с оплатой за фактически посещённые занятия (с перерасчётом оплаты в случае болезни, карантина и в других случаях пропуска занятий по уважительным причинам (при наличии подтверждающего документа), согласно прейскуранту цен утвержденных постановлением Администрации МО «Томаринский городской округ» №147 от 14.06.2016г., № 154 от 16.06.2016г. и в соответствии с Уставом образовательного учреждения.

С Уставом, Положением об оказании дополнительных платных образовательных услуг образовательного учреждения, прейскурантом цен _____.

Сведения о родителях (законных представителях):

ФИО: _____

Телефон: _____

Подпись _____ « ____ » _____ 201__ г.