

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

От _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить моему ребенку _____
_____ (Ф. И. ребенка, дата рождения), платные
дополнительные образовательные услуги по образовательной
общеразвивающей программе «Растем вместе», в количестве 1-го раза в
неделю по 2 часа, в среднем 4 занятия в месяц, с оплатой за фактически
посещённые занятия (с перерасчётом в случае болезни обучающегося
(родителя) или педагога, 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.