

Заведующему МДОБУ  
детского сада № 19 МО Кореновский район  
И.М. Кравцовой

от \_\_\_\_\_  
*фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя)*

\_\_\_\_\_,  
проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_

паспортные данные: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас принять моего ребёнка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество ребёнка, дата рождения)*

в группу по оказанию дополнительной образовательной платной услуги по  
курсу: «\_\_\_\_\_»

язык обучения \_\_\_\_\_ с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

С положением о предоставлении дополнительных образовательных платных  
услуг ознакомлен, с порядком их оплаты согласен

\_\_\_\_\_  
*подпись* *расшифровка подписи*

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*подпись* *расшифровка*