

Директору
МБОУ «Уваровщинская сош»
Хохловой Е.Н.
Родителей _____
(ф., и., о.)

Проживающих по адресу:

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить моему ребенку _____

платные дополнительные образовательные услуги по _____

в количестве _____ раз(а) в неделю, с оплатой _____ в месяц.

С правилами оказания платных дополнительных услуг ознакомлен (а) и согласен(а).
Своевременную оплату гарантирую.

(дата)

(подпись)