№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер и дата регистрации

Заведующему

МАДОУ Малинский ЦРР – д/с «Ивушка»

М.В. Щербаковой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу Вас предоставить моему ребёнку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество ребёнка, дата рождения, СНИЛС

платную образовательную услугу

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Название программы | Количество  занятий | | Стоимость 1 занятия | Полная стоимость услуги | Форма оказания услуги  (групповая,  индивидуальная) |
| в  месяц | всего |
| 1 | Обучение основам тестопластики | 8 | 96 | 150,00 руб. | 14400,00 руб. | групповая |

С Положением о порядке оказания платных образовательных услуг в МАДОУ Малинский ЦРР – д/с «Ивушка», расписанием занятий и тарифами ознакомлен(а).

Оплату гарантирую проводить по квитанции, не позднее 20 числа текущего месяца, в соответствии с табелем посещения.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Подпись с расшифровкой)