

ДИРЕКТОРУ
МАУДО «СДМХШ»
О. В. ВЯХИРЕВОЙ

Ф.И.О. родителей (законных представителей)

Контактный телефон (законных представителей)

ЗАЯВЛЕНИЕ

ПРОШУ ПРОИЗВЕСТИ ПЕРЕРАСЧЕТ В СВЯЗИ С БОЛЕЗНЬЮ
(ОТЪЕЗДОМ) ЗА ПЕРИОД С «___» _____ 20__ Г. ПО «___»
_____ 20__ Г. МОЕМУ (-ЕЙ) СЫНУ,
ДОЧЕРИ _____,

Ф.И. ребенка

УЧАЩЕГОСЯ (-ЕЙСЯ) НА ДОШКОЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ В
ГРУППЕ _____ (ПРЕП. _____)

Дата

расшифровка

ПОДПИСЬ