

Директору
МБОУ «СОШ № 5» г. Усинска
Е.А.Лашковой

(фамилия, имя, отчество родителя полностью)

адрес проживания

Контактный телефон _____

Заявление

Прошу зачислить с «__» _____ 20__ года

(фамилия, имя, отчество полностью)

в группу платных дополнительных услуг _____

(наименование платных услуг)

Дата рождения _____

Номер СНИЛС _____

С условиями договора об оказании дополнительных платных услуг
МБОУ «СОШ № 5» г. Усинска ознакомлен (-а).

_____/_____ /

Подпись

Фамилия И.О.

«__» _____ 20__ г.

Директору
МБОУ «СОШ № 5» г. Усинска
Е.А.Лашковой

(фамилия, имя, отчество родителя полностью)

адрес проживания

Контактный телефон _____

Заявление

Прошу зачислить с «__» _____ 20__ года

(фамилия, имя, отчество полностью)

в группу платных дополнительных услуг _____

(наименование платных услуг)

Дата рождения _____

Номер СНИЛС _____

С условиями договора об оказании дополнительных платных услуг
МБОУ «СОШ № 5» г. Усинска ознакомлен (-а).

_____/_____ /

Подпись

Фамилия И.О.

«__» _____ 20__ г.