

Директору МБОУ «ШОВЗ»
Кавиевой И.Ю.

От Родителей _____
(фамилия, и., о.)

Проживающих по адресу:

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить моему ребенку _____,
обучающемуся _____ класса/группы платные образовательные услуги по изучению
специальных дисциплин и курсов сверх часов и сверх программ по данной дисциплине,
предусмотренной учебным планом и федеральным государственным образовательным
стандартом по

(название услуги)

в количестве ____ занятий в неделю, с оплатой за фактически посещенные занятия.

С Уставом МБОУ «ШОВЗ», лицензией, Положением об оказании платных дополнительных образовательных услуг МБОУ «ШОВЗ», правилами оказания платных дополнительных образовательных услуг, учебными программами, расшифровкой к плану финансово-хозяйственной деятельности и стоимостью услуг ознакомлен.

Дата « ____ » _____ 202 ____ »

Подпись _____ / Расшифровка подписи _____