

Заведующему МБДОУ
ДС №14 «Солнышко»
Н.П. Чеховской

(Фамилия, имя, отчество заявителя)
проживающего(ей) по адресу:

контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу предоставить моему ребенку _____

(фамилия, имя, отчество ребенка полностью)

(Дата рождения ребенка, место проживания ребенка)

платную дополнительную образовательную услугу — занятия по дополнительной образовательной программе для детей от 3 до 7 лет включительно (художественно-эстетическая деятельность-вокал) с «__» _____ 2024 г.
Расписание занятий согласовано с учетом мнения родителей.

Дата

подпись

СОГЛАСИЕ

**родителей (законных представителей) воспитанников
на оказание платных образовательных услуг**

Я, _____, являясь
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

родителем (законным представителем) воспитанника _____

Ф.И. ребенка

даю согласие на оказание муниципальным бюджетным дошкольным образовательным учреждением детским садом №14 «Солнышко» Старооскольского городского округа моему ребенку платных образовательных услуг во время организации самостоятельной деятельности, режимных моментов воспитанников группы, посещаемой моим ребенком, в соответствии с расписанием организации платных образовательных услуг.

Дата»__» _____ 2024 г.

Подпись: _____/_____/