

Директору МБОУ СШ № 37 А.А.Жидовой  
от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, статус)

\_\_\_\_\_  
проживающей(его) по адресу  
Телефон \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу Вас зачислить моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, дата рождения)

на платные дополнительные образовательные курсы по программе:

\_\_\_\_\_  
с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г..

С Уставом и изменениям к нему, лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о государственной аккредитации, порядком оказания услуг, с условиями и порядком пересчета стоимости обучения и другими локальными актами ознакомлен.

Обязуюсь соблюдать условия договора, своевременно оплачивать и информировать Вас о причине отсутствия моего ребенка на занятиях.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Директору МБОУ СШ № 37 А.А.Жидовой  
от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, статус)

\_\_\_\_\_  
проживающей(его) по адресу  
Телефон \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу Вас расторгнуть договор № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ об  
оказании платных образовательных услуг с законным представителем  
\_\_\_\_\_ ребенка

\_\_\_\_\_ в связи \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Обязуюсь своевременно оплатить имеющуюся задолженность за  
обучение.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Директору МБОУ СШ № 37 А.А.Жидовой  
от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, статус)

\_\_\_\_\_  
проживающей(его) по адресу

### Заявление

Прошу Вас произвести перерасчет стоимости платных дополнительных образовательных курсов по программе « \_\_\_\_\_ » в связи с болезнью моего ребенка \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г..

Копию справки из медицинского учреждения прилагаю.

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)