ГУО «Детский сад д. Аксаковщина» Заведующему

|  |
| --- |
| ЗаявлениеГетте Марине Викторовне«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. от ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*,** проживающего по адресу: ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** ***тел. \_\_ \_***Прошу зачислить моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, собственное имя, отчество)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения,   *(дата рождения)*проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_года, в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_группу, с\_\_\_\_до\_\_\_\_лет, с белорусским языком обучения, (*тип группы)* с режимом работы 10,5 часов  |
| К заявлению прилагаю: |
| Направление в учреждение  |
| Медицинскую справку о состоянии здоровья ребенка  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)          (расшифровка подписи)*