

Директору МБОУ «СОШ № 1 им. Героя Советского
Союза П.И. Чиркина г. Калининска Саратовской
области» М.А. Фирсунину

(фамилия, имя, отчество заявителя)
проживающе _____ по адресу

(адрес заявителя)
контактный телефон _____

заявление.

Прошу зачислить моего ребёнка _____

(фамилия, имя, отчество ребёнка)

_____ на платные дополнительные
занятия по курсу «Адаптация к школе».

« ____ » _____ 2019 г.

(подпись)