

Директору МБОУ ДО ЦДТ  
г. Томари Сахалинской области  
А.Л. Аполониной

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

ФИО родителя (законного представителя) ребенка или обучающегося, заключившего договор

\_\_\_\_\_ телефон

Заявление.

Прошу расторгнуть договор об оказании платных образовательных услуг и отчислить

\_\_\_\_\_ моего ребенка (меня)- указать нужное, Ф.И.О. (полностью); **указать дату**

\_\_\_\_\_ (дата рождения) школа, класс (№ ДОУ, группа), место работы  
из состава учащихся по программе \_\_\_\_\_

(наименование программы)

по причине \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ указать причину

« \_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

Подпись расшифровка подписи \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_