КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

«КАЛАЧЕЕВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ»

Директору КУ ВО «Калачеевский СРЦдН» В.И.Артемону

Ф.И.О. родителя или законного представителя

проживающей (его) по адресу:

# ЗАЯВЛЕНИЕ

# 

Прошу Вас зачислить в Центр с \_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. ребенка

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

степень родства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФАМИЛИЯ |  | | | |
| ИМЯ |  | | | |
| ОТЧЕСТВО |  | | | |
| Дата рождения | число | месяц | год |
|  |  |  |

На основании:

РАЗРЕШАЮ СВОЕМУ РЕБЕНКУ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ПОСИЛЬНЫЙ ОБЩЕСТВЕННО ПОЛЕЗНЫЙ ТРУД В ЦЕНТРЕ.

С ПРАВИЛАМИ пребывания ребенка в Центре ознакомлен (на), обязуюсь придерживаться.

НЕ ВОЗРАЖАЮ ПРОТИВ ОБУЧЕНИЯ МОЕГО РЕНКА ПО РАЗЛИЧНЫМ ПРОГРАММАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, КОТОРЫЕ РАЗРАБОТАНЫ И ПРИМЕНЯЮТСЯ В КУ ВО «КАЛАЧЕЕВСКИЙ СРЦдН» СОГЛАСНО ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ МОЕГО РЕБЕНКА.

С УСТАВОМ, ЛИЦЕНЗИЕЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ И ДРУГИМИ ЛОКАЛЬНЫМИ АКТАМИ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИМИ ОРГАНИЗАЦИЮ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ, ОЗНАКОМЛЕНА(Н).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

«КАЛАЧЕЕВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ»

Директору КУ ВО «Калачеевский СРЦдН»

В.И Артемону

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

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

проживающей (его) по адресу:

Воронежская область, Калачеевский район,

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

# ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас продлить срок пребывания моего ребенка в Вашем учреждении

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФАМИЛИЯ |  | | | |
| ИМЯ |  | | | |
| ОТЧЕСТВО |  | | | |
| Дата рождения | число | месяц | год |
|  |  |  |

на срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи

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

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

«КАЛАЧЕЕВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ»

Директору КУ ВО «Калачеевский СРЦдН»

В.И. Артемону

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

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

проживающей (его) по адресу:

Воронежская область, Калачеевский район,

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

# ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас отчислить из учреждения с \_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. моего опекаемого ребенка

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФАМИЛИЯ |  | | | |
| ИМЯ |  | | | |
| ОТЧЕСТВО |  | | | |
| Дата рождения | число | месяц | год |
|  |  |  |

в связи

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

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

«КАЛАЧЕЕВСКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ»

Директору КУ ВО «Калачеевский СРЦдН»

В.И. Артемону

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

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

проживающей (его) по адресу:

Воронежская область, Калачеевский район,

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

# ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас отчислить из учреждения с \_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. меня

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ФАМИЛИЯ |  | | | |
| ИМЯ |  | | | |
| ОТЧЕСТВО |  | | | |
| Дата рождения | число | месяц | год |
|  |  |  |

в связи

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

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_