

Директору МАОУ СОШ № 19

Беловой С.А.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
проживающего(ей) по адресу:  
ул. \_\_\_\_\_  
д. \_\_\_\_\_, корп. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_,  
тел. \_\_\_\_\_

заявление.

Прошу **расторгнуть** договор на оказание платных образовательных услуг и отчислить  
моего ребенка \_\_\_\_\_,  
(Ф.И. учащегося)  
из группы по изучению дополнительной образовательной(ых) программы(ам)

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

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подписи) (расшифровка подписи)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат 603332450510203670830559428146817986133868575776

Владелец Белова Светлана Анатольевна

Действителен с 24.05.2021 по 24.05.2022