Директору МБОУ «Шалинская СОШ №90»
Ю.В.Орловой

(фамилия, имя, отчество родителя/законного представителя)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка)

Адрес места жительства _____
(с указанием индекса)

Контактный телефон _____

Адрес электронной почты _____

Заявление

Прошу оказать услуги Консультационного центра моему(моей) сыну(дочери)

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

« _____ » _____ 20 _____ год

(подпись)