

Директору МБОУ СОШ № 6  
Бобровской Т.В.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(домашний адрес, телефон)

**заявление.**

Прошу принять моего ребенка \_\_\_\_\_

(фамилия, имя)

\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год рождения)

в группу кратковременного пребывания дошкольников по программе  
«Адаптация детей к условиям школьной жизни».

На 1 сентября 2024 года ребёнку исполнится \_\_\_\_\_

(полных лет и месяцев)

\_\_\_\_\_  
(число)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(число)

\_\_\_\_\_  
(подпись)