

Директору КДМЛ імені М.В. Лисенка
Волкову С.М.

(прізвище, імя по батькові заявника чи одного з батьків дитини)
який (яка) проживає за адресою:

(адреса фактичного місця проживання)
Контактний телефон:

Адреса електронної пошти:

ЗАЯВА
про зарахування до КДМЛ ім М.В. Лисенка

Прошу _____ зарахувати
до 10 класу, за фахом _____,
на _____ відділ,
який (яка) зареєстрований (на) за адресою:

(дата)

(підпис)