Заведующей

МАДОУ «Центр развития ребенка - Детский сад №17»

Д. Г. Бикмурзиной от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Заявление.**

Прошу провести моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, посещающего(ей) группу № \_\_\_\_\_\_\_\_оздоровительные мероприятия **по медицинским рекомендациям**, согласно приложению №3.

С тарифами данных оздоровительных услуг (приложение №3) ознакомлен(на)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Со стоимостью оздоровительных услуг согласен(на) \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

дата подпись Ф.И.О.

**Приложение №3**

**Оздоровительные услуги по медицинским рекомендациям**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Виды услуг** | **Стоимость услуг**  **(один сеанс) руб.** | **Обязательное кол-во сеансов в год** |
| 1. | Групповое занятие лечебной физкультурой | 35 | 60 |
| 2. | Массаж | 50 | 60 |
| 3. | Точечный массаж | 11,0 |  |
| 4. | Ультрафиолетовое облучение-тубус - кварц | 11,00 | по назначению врача |
| 5. | Светотерапия-биоптрон | 40,00 | по назначению врача |
| 6. | Аэрозольтерапия | 13,00 | по назначению врача |
| 7. | Инфракрасная сауна | 80, 00 | по назначению врача |