

Заведующему МБДОУ №103 «Аврора»

Гафаровой Д.Р.

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

(родителя, законного представителя)

Документ, удостоверяющий личность заявителя

Паспорт: серия _____ номер _____

Выдан _____

ФМС _____

Проживающего по адресу: _____

Контактный телефон: _____

Заявление

Прошу Вас освободить от оплаты за присмотр и уход за моим ребенком

(Ф И О ребенка полностью, дата рождения)

посещающим группу № _____ «_____»

МБДОУ №103 «Аврора», с «_____» _____ 20_____, в связи с тем, что

мой ребенок _____.

(инвалид/ имеет статус ОВЗ/ имеет туберкулезную интоксикацию)

К заявлению прилагаю копии документов:

- свидетельство о рождении ребенка;

- медицинское заключение, подтверждающее статус инвалида / заключение

ПМПК / заключение врача-фтизиатра.

(нужное подчеркнуть)

(Дата)

_____/_____

(Подпись)

(Ф.И.О.)