

в Муниципальное бюджетное дошкольное
образовательное учреждение детский сад № 2
«Ромашка»

от _____,
зарегистрированного по адресу:

_____ (дата регистрации по паспорту)

Дата рождения заявителя _____

Паспортные данные: серия _____ № _____

Дата выдачи паспорта: _____ код _____

Кем выдан _____

Заявление

Прошу предоставить льготу по оплате за детский сад в размере 100 %, так как мой
ребенок является инвалидом _____

_____ (фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) ребенка полностью, дата рождения)

посещающего Муниципальное бюджетное образовательное учреждение детский сад № 2
«Ромашка».

К заявлению прилагаются:

1. Копия Справки об инвалидности _____
действительна до « ____ » _____ 20 ____ года, на _____ листах.

Дата _____

Подпись заявителя _____

Заявление _____ с приложением документов на _____ листах принято
Муниципальным бюджетным дошкольным образовательным учреждением детский сад
№ 2 «Ромашка»

№ _____ регистрации

« ____ » _____ 20 ____ года

Заведующая МБДОУ № 2

_____ Романова С.В.