

Заведующему
Муниципальным бюджетным дошкольным
образовательным учреждением
детский сад № 2 «Солнышко» г. Охи
Ольге Владимировне Юнусовой

(от) _____

_____,
(имя, отчество, фамилия родителя / законного представителя ребёнка **полностью**)

родителя (законного представителя),
проживающей (его) по адресу:
Сахалинская область, район _____,
город (посёлок, село) _____,
улица _____,
дом _____, корпус _____, квартира _____,
домашний телефон _____,
рабочий телефон _____,
мобильный телефон _____

заявление.

Прошу освободить от родительской платы за присмотр и уход за моим ребенком

_____,
(Ф.И.О. ребенка)

«___» _____ 20__ года рождения, группа «_____», табельный номер – _____,
в Муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении детский сад № 2
«Солнышко» г. Охи в размере 100% с «___» _____ 20__ года по
«___» _____ 20__ года (как ребенка с туберкулезной интоксикацией).

К заявлению прилагаю:

1. _____
2. _____
3. _____

«___» _____ 20__ года
(дата)

_____/_____
(подпись) / (инициалы, фамилия)