

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 я являюсь инвалидом \_\_\_\_\_ группы.

К заявлению прилагаю копии документов:

- паспорт;
- медицинское заключение, подтверждающее статус инвалида \_\_\_\_\_ группы.

\_\_\_\_\_

*(Дата)*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

*(Подпись)*

*(Ф.И.О.)*