

Заведующему муниципальным
Бюджетным дошкольным
образовательным учреждением
«Детский сад № 5 «Ивушка» города
Смоленска
Шевелёвой Елене Владимировне
родителя (законного представителя)

Ф.И.О. (при наличии)
адрес места жительства (с индексом):

Контактные телефоны:
8 (____) ____ - ____ - ____
8 (____) ____ - ____ - ____
адрес электронной почты

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу ПРЕДОСТАВИТЬ мне льготу по оплате за содержание моего ребенка

(Ф.И.О.ребенка)
посещающего группу № ____ муниципального бюджетного дошкольного
образовательного учреждения «Детский сад № 5 «Ивушка» города Смоленска
в размере 100 % от установленной родительской платы.

РЕБЕНОК-ИНВАЛИД

(категория льготы)

К заявлению прилагаю документы:

1. Заявление о согласии на обработку персональных данных
2. Копия паспорта заявителя (первая страница, стр. «прописка», стр. «дети»)
3. Копия свидетельства о рождении ребенка (детей)
4. Справка о составе семьи (не позднее 10-дневного срока, с момента получения)
5. СНИЛС родителя и ребенка
6. Документ подтверждающий льготу
7. Заключение МСЭ

Достоверность предоставленной мной информации подтверждаю.

« ____ » _____ 202 ____ г.

подпись/расшифровка