**Заявление на снижение оплаты за питание на 100%**

Заявление

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*дата*

|  |
| --- |
| Заведующему ГУО «Детский сад № 1  |
| г.Старые Дороги » Рудене Н.И. |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|         *фамилия, имя, отчество  законного представителя* |
| проживающей(его) по адресу: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(дом., раб., мобил. тел.)* |

Прошу предоставить моему сыну (дочери) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                                                                         *(Ф.И. ребёнка)*

воспитаннику(це) группы \_\_\_\_\_ , льготу по оплате за питание на 100% в 20 \_\_\_ году в связи с тем, что мой ребёнок является инвалидом.

Копию удостоверения прилагаю.

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

        *(подпись)*            *(инициалы, фамилия)*