ЗАЯВЛЕНИЕ Директору государственного

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ учреждения образования

(дата) «Учебно-педагогический комплекс детский сад –начальная школа №1 г.Бреста»

Мосиной Т.А.

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

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

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

(Ф.И.О. полностью)

проживающего по адресу:

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

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

(адрес)

Прошу не взимать плату за питание моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_воспитанника (цы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии

(фамилия, имя) (возрастная группа)

с пунктом 1.2.Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 29 февраля 2008 г. №307 «О размере и порядке взимания платы за питание детей в учреждениях, обеспечивающих получение дошкольного образования" т.к. в моей семье воспитывается ребенок-инвалид

К заявлению прилагаю следующие документы:

Ксерокопию удостоверения об инвалидности.

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

(Подпись) (Фамилия, инициалы)