|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующей МБДОУ №180 |
| *Освободить от платы за присмотр и уход*  *С \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_ Федосеева Т.Н.* | Федосеевой Т.Н. |
| От |
|  |
| (ФИО родителя полностью) |
| Паспортные данные: |
| Серия № |
| Кем и когда выдан: |
|  |
|  |
| СНИЛС заявителя: |
|  | Дата рождения родителя |
|  | Адрес регистрации по месту жительства: |
|  | Ул. |
|  | №дома № кв. |
|  | Ребенок: |
|  |  |
|  | (ФИО полностью) |
|  | Дата рождения ребенка: |
|  | Место рождения |
|  | Свидетельство о рождении: |
|  | Серия № |
|  | СНИЛС ребенка: |
|  | Телефон: |

заявление.

Прошу освободить меня от внесения родительской платы за присмотр и уход за моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, как для родителей ребенка-инвалида, на период с «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

В случае утраты ребенком указанного статуса обязуюсь уведомить администрацию ДОУ в течении 3-х дней.

*Приложение:*

*-копия свидетельств о рождении ребенка;*

*-копия СНИЛС ребенка.*

*-копия СНИЛС заявителя.*

*-копия справки МСЭ*

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

Дата подпись