

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Руководителю \_\_\_\_\_  
(наименование учреждения, организации)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы руководителя)

(от) \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы одного из законных представителей)

зарегистрированного (ой) по месту  
жительства:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(адрес)

контактный телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дом., раб., мобильный тел.)

Прошу освободить от платы за питание моего ребёнка

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. , дата рождения )

посещающего \_\_\_\_\_ группу № \_\_\_\_\_ с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_  
года по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_, так как воспитываю ребёнка-инвалида  
(ребёнка страдающими онкологическими заболеваниями, больным  
туберкулёзом, инфицированного вирусом иммунодефицита человека).

К заявлению прилагаю:

1. Выписку из медицинских документов- для детей с онкологическими заболеваниями, больных туберкулёзом, инфицированных вирусом иммунодефицита человека;
2. Копию удостоверения инвалида- для детей –инвалидов.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

/ \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)