Заведующему государственного

учреждения образования

«Детский сад №7 г.Ошмяны»

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

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Проживающего (ей) по адресу:

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

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

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

Прошу освободить от платы (снизить плату на 50 %) за пользование учебными пособиями воспитанником\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_группы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И. ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, на основании (указать основание для освобождения или снижения платы, например: удостоверения многодетной семьи).

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. Копию удостоверения инвалида – для семей, в которых один или оба родителя инвалиды I или II группы;

2. Копию свидетельства о рождении – для лиц, являющихся детьми лиц, перечисленных в подпунктах 3.2, 3.4 и 3.7 пункта 3 и пункте 10 статьи 3 Закона Республики Беларусь ”О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан“;

3. Копию удостоверения инвалида о праве на льготы родителя, удостоверение о праве на льготы либо справка о праве на льготы – для членов семей лиц, перечисленных в подпунктах 3.2, 3.4 и 3.7 пункта 3, пункте 10 и подпунктах 12.2 и 12.3 пункта 12 статьи 3 Закона Республики Беларусь "О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан";

4. Копию удостоверения инвалида – для детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, инвалидов с детства;

5. Выписку из медицинских документов – для детей, являющихся воспитанниками учреждений, обеспечивающих получение дошкольного образования, и страдающих онкологическими заболеваниями или больных туберкулезом;

6. Копию удостоверения многодетной семьи.

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

     Подпись                                                      Расшифровка