

заявление

№ \_\_\_\_\_  
(дата)

Заведующему государственного учреждения  
образования «Детский сад № 4 г.Лиды»  
Макаревич Нели Ивановне

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы одного из родителей)  
зарегистрированного (ой) по месту  
жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(адрес)

\_\_\_\_\_  
контактный телефон: \_\_\_\_\_  
(дом.; раб.; мобил. тел.)

\_\_\_\_\_  
(Резолюция)

Прошу снизить на 100 % оплату за питание в детском саду моему  
сыну (дочери) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя отчество ребенка; дата рождения)

как семье, имеющей на воспитании ребенка-инвалида  
с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Удостоверение инвалида прилагается.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи)