Заведующему

МБДОУ «Центр развития ребенка –

детский сад № 7 «Ёлочка»

Ярмановой И.В.

от родителей (законных представителей)

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

(Ф.И.О.)

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

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный  номер | Дата |
|  |  |
| Приказ № от | |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении льготы семье,

воспитывающей ребёнка с туберкулезной интоксикацией

Прошу предоставить льготу по родительской плате за сад в **размере 100 %** в отношении моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

так как семья воспитывает ребенка с туберкулезной интоксикацией.

Обо всех изменениях, влекущих за собой изменения в назначении и предоставлении льготы, обязуюсь извещать своевременно. После прекращения основания для предоставления льготы обязуюсь уведомить администрацию МБДОУ «Центр развития ребенка – детский сад № 7 «Ёлочка» в течение 14 дней.

К заявлению прилагаются следующие документы:

Заключение клинико-экспертной комиссии клинического противотуберкулезного диспансера.

Согласна(ен) на обработку персональных данных, содержащихся в представленных документах.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_