**Директору ГБОУ**

**«Лицей-детский сад» г.Магас**

**Газдиевой Аде Асламбековне**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**проживающего(й) по адресу**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заявление**

о снижении (освобождении) родительской платы за присмотр и уход за детьми

осваивающими образовательные программы дошкольного образования в государственном образовательном учреждении «Лицей-детский сад г.Магас»

Прошу предоставить мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированному(ой) по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(полный адрес регистрации по месту жительства) :

**снижение родительской платы за присмотр и уход на 20%, так как я:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | являюсь родителем (законным представителем ) имеющим 5-х и более несовершеннолетних детей; |

**освобождение от родительской платы на 100%** **за присмотр и уход:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | за ребенком-инвалидом, | |
|  | за ребенком с туберкулезной интоксикацией | |
|  | за ребенком, оставшимся без попечения родителей |

**на ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(фамилия, имя, отчество ребенка) (дата рождения) (группа)

В случае наступления обстоятельств, влекущих утрату права на снижение (освобождение) родительской платы за присмотр и уход за детьми в муниципальных образовательных учреждениях, реализующих образовательные программы дошкольного образования, обязуюсь проинформировать

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

(наименование образовательного учреждения )

в 30-ти дневный срок с момента возникновения соответствующих обстоятельств.

Об ответственности за предоставление недостоверных данных предупрежден(а)

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

(подпись заявителя)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(дата) (подпись) (Ф.И.О. заявителя)