Россия
Краснодарский край
Муниципальное образование город-курорт Сочи
Муниципальное дошкольное образовательное бюджетное учреждение
ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА № 34
телефон: 255-87-50 primaryschool34@edu.sochi.ru

Заведующему МДОБУ детский сад
комбинированного вида №34 Кузнецовой О.О.
От Ф.И.О. заявителя
ИВАНОВА ИВАНОВИЧА ИВАНОВИЧВА
проживающего по адресу: город Сочи
Улица **РОМАШЕК**
Дом **55** кв. **155**
Конт. тел.: **Х-ХХХ-ХХ-ХХ-ХХХ**

Заявление

Прошу Вас снизить плату на 50% за присмотр и уход за обучающимся, воспитанником в МДОБУ детский сад комбинированного вида №34, посещающего _____**2 МЛ. А** группу Ф.И.О.(обучающегося, воспитанника) **ИВАНОВА АЛЕКСАНДРА ИВАНОВИЧА**

дата рождения **« 01 » ЯНВАРЯ 2020 г,**

с "___" _____20_____г. (дата поступления в д/с), так как он из семьи, в которой **трое** и более несовершеннолетних детей (многодетная семья).

Перечень предъявленных копий документов:

1.Паспорт: **ХХХХ № ХХХХХХ** дата выдачи **01.01.2000 г.**

Кем выдан **ГУ МВД РОССИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

---

2. Справка (удостоверение) **№ ХХХХХХ от « 01 » ЯНВАРЯ 2022 г.**

3 .Свидетельство о рождении

3.1. **ХХ-ХХ** № **ХХХХХХ** дата выдачи **« 01 » ЯНВАРЯ 2020 г.**

3.2. **ХХ-ХХ** № **ХХХХХХ** дата выдачи **« 01 » ЯНВАРЯ 2021 г.**

3.3. **ХХ-ХХ** № **ХХХХХХ** дата выдачи **« 01 » ЯНВАРЯ 2022 г.**

3.4. _____№_____дата выдачи «_____»_____20 _____г.

3.5. _____№_____дата выдачи «_____»_____20 _____г.

Дата _____ Подпись_____