

Заведующей муниципальным
дошкольным образовательным бюджетным
учреждением детским садом комбинированного вида № 69 муниципального
образования городской округ город-курорт Сочи Краснодарского края
Малхасян Джульетте Размиковне

от _____

(ФИО заявителя без сокращений)

проживающего по адресу: _____

Паспортные данные: серия _____ № _____

выдан _____

(когда, наименование органа, выдавшего паспорт) _____

Контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Отказываюсь от выплаты мне компенсации части родительской платы за присмотр и уход за моим ребенком (первого, второго, третьего)

(ФИО ребенка, дата рождения)

Дата _____

Подпись _____

Принято _____ Подпись ответственного лица _____