

Заместителю главы администрации -
начальнику МКУ Департамент образования
администрации города Симферополя
Сухиной Т.И.

от _____

(фамилия, имя отчество заявителя)

зарегистрированной(го) по адресу:

проживающей (го) по адресу:

Контактный телефон:

+					-			-			-		
---	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---	--	--

ЗАЯВЛЕНИЕ

Сообщаю Вам, что мой ребенок
Ф.И.О (ребенка полностью)

Место учебы:

Класс

Льготная категория ребенка:

	*дети-сироты, оставшиеся без попечения родителей
	* дети-инвалиды
	*Дети с ограниченными возможностями здоровья, в т.ч. Имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии
	*дети, проживающие в малоимущих (малообеспеченных) семьях
	*дети с отклонениями в поведении (состоящие на учёте в подразделениях по делам несовершеннолетних территориальных органов МВД по РК)
	*дети участников специальной военной операции

отказывается от оздоровление в 2025 году _____

(указать причину)

" " _____ 2025 г.

(подпись)

ФИО