

**Муниципальное казенное
дошкольное образовательное
учреждение «Центр развития
ребенка – детский сад №9»**

Бутурлиновского муниципального района

Воронежской области

ОГРН 1023600644430

ИНН/КПП 3605001118/3605011001

« _____ » _____ 20 ____ г.

№ _____

397500, Россия, Воронежская область,

Бутурлиновский район, город

Бутурлиновка, улица Ленина, дом 283

Тел: 8 (47361) 3-26-70

наименование образовательной организации

_____ района

Ф.И.О. заявителя полностью

дата и место рождения заявителя

зарегистрированного по адресу: _____

дата регистрации по паспорту

телефон, адрес электронной почты

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выплачивать мне компенсацию в целях материальной поддержки воспитания и обучения ребёнка, посещающего образовательную организацию, реализующую образовательную программу дошкольного образования, как родителю (законному представителю), внесшему родительскую плату,

Ф.И.О. ребёнка полностью

дата рождения

место рождения

первым, (вторым, третьим и т.д.) _____

указать очередность рождения словом

посещающего образовательную организацию _____

наименование образовательной организации

Сведения о матери ребёнка _____

Ф.И.О. полностью

дата рождения, место рождения

и (или) сведения об отце ребёнка _____

Ф.И.О. полностью

дата рождения, место рождения

и (или) реквизиты свидетельства о рождении ребёнка _____

номер, дата выдачи

Выплату компенсации прошу производить через финансово-кредитное учреждение _____

_____ филиал _____

Лицевой счёт № _____

К заявлению прилагаются:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Дата _____ Подпись заявителя _____