

ЗАЯВЛЕНИЕ

дата

Директору ГУО «Детская музыкальная
школа искусств № 2 г. Барановичи»
Васьковскому Р.М.

Фамилия И.О. заявителя

адрес регистрации

тел. _____

Прошу освободить от оплаты за обучение на 20____ - 20____ учебный
год мою(-его) _____ ,

сына/дочь

фамилия, имя ребенка

уч-ся _____ класса, _____ (учитель - _____)

инструмент

Фамилия И.О. учителя

в связи с тем, что он(-а) является ребёнком-инвалидом.

Копия удостоверения инвалида, справка(-и) о составе семьи
прилагаются.

_____ / _____ /

подпись

И.О. Фамилия