|  |  |
| --- | --- |
|  | **Заведующему**  *ГУО «Детский сад №118 г. Могилева» (наименование учреждения, организации)* *САНАРОВОЙ ЖАННЕ ВИКТОРОВНЕ* *(фамилия, инициалы руководителя)*(от)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, инициалы одного из законных представителей)*зарегистрированного (ой) по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(адрес)*контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(дом., раб., мобильный тел.)* |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** |
|  Прошу освободить от оплаты за питание моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, собственное имя, отчество)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, воспитанника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группы на 100%, в связи с воспитанием ребёнка инвалида.Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 29 февраля 2008 г. № 307 «О размере и порядке взимания платы за питание детей, получающих дошкольное образование, специальное образование на уровне дошкольного образования» **К заявлению прилагаю: ксерокопию удостоверения об инвалидности.**«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *(дата) (подпись) (расшифровка подписи)* |