|  |  |
| --- | --- |
|  | **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)* | |