	(1	<mark>О «Детский сад №117 г. Могилева»</mark> аименование учреждения, организации)			
	<u>СТРАЖЕВИЧ</u>	<u>ИРИНЕ АЛЕКСАНДРОВНЕ</u>			
		амилия, инициалы руководителя)			
	(от)				
	. –	(фамилия, инициалы одного из законных представителей) арегистрированного (ой) по месту жительства:			
		(адрес)			
	контактный телефо	H.			
		(дом., раб., мобильный тел.)			
	ЗАЯВЛЕНИ	E			
Прошу снизить плату за питание мое	го ребенка				
	(фами)	ия, собственное имя, отчество)			
года рождения, воспит		группы на 30%, в связи с			
воспитанием двух детей, получающи	-				
Министров Республики Беларусь от 2					
платы за питание детей, получающих	*	,			
уровне дошкольного образования» (в	ред. постановлений Со	вета Министров Республики			
Беларусь от 27.03.2014 № 266)					
<u>К заявлению прилагаю: </u> справку о м	иесте жительства и со	ставе семьи			
<u>К заявлению прилагаю:</u> справку о м « »	месте жительства и со /	ставе семьи /			

3a	редующему ГУО «Детский сад №117 г. Могилева» (наименование учреждения, организации) СТРАЖЕВИЧ ИРИНЕ АЛЕКСАНДРОВНЕ (фамилия, инициалы руководителя) (от) (фамилия, инициалы одного из законных представителей) зарегистрированного (ой) по месту жительства:
	(адрес)
Прошу снизить плату за питание моего	ВАЯВЛЕНИЕ ребенка
ripointy emissing many su mirume moore	(фамилия, собственное имя, отчество)
	а группы на 50%, в связи с
порядке взимания платы за питание детей,	ики Беларусь от 29 февраля 2008 г. № 307 «О размере и получающих дошкольное образование, специальное вания» (в ред. постановлений Совета Министров
К заявлению прилагаю: справку о месте	жительства и составе семьи
« » 20 г.	
«»20 г(дата) (п	одпись) // (расшифровка подписи)
	контактный телефон:

		Заведующему		<u>Гетский сад №117 г. Могилева»</u>		
		СТРАЖЕВИЧ		вание учреждения, организации) РИНЕ АЛЕКСАНДРОВНЕ		
		CIPAREDVIS		<u>УИПЕ АЛЕКСАПДРОВПЕ</u> , инициалы руководителя)		
		(от)	(quantation	, unuquator pyrooccumenty		
		\ /	(фамилия, инициалы одного из законных представителей)			
		зарегистрирова	нного (ой)	по месту жительства:		
				адрес)		
		контактный тел	контактный телефон:			
		(6	(дом., раб., мобильный тел.)			
		ЗАЯВЛЕ	ниг			
		J1171D31E				
Прошу снизит	ъ плату за питание	моего ребенка				
1 2	J		- Бамилия, со	обственное имя, отчество)		
	_года рождения, вос	питанника		группы на 100%, в связи		
	и ребёнка инвалида.					
				враля 2008 г. № 307 «О размере ьное образование, специальное		
			д. постанс	влений Совета Министров		
Республики Б	еларусь от 27.03.201	4 № 266				
К заявлению	прилагаю: справку	у о месте жительства	а и состав	е семьи		
	* ·	,				
«»	г.		/	/		
	(дата)	(подпись)		(расшифровка подписи)		