

Заведующему 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)  
контактный телефон:  
\_\_\_\_\_ (дом., раб., мобильный тел.)

## **ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу снизить плату за питание моего ребенка \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество)  
\_\_\_\_\_ года рождения, воспитанника \_\_\_\_\_ группы на 30%, в связи с  
воспитанием двух детей, получающих дошкольное образование. (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: справку о месте жительства и составе семьи, справка о том, что  
гражданин является обучающимся**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Заведующему 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:

\_\_\_\_\_

## **ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу снизить плату за питание моего ребенка \_\_\_\_\_

*(фамилия, собственное имя, отчество)*

\_\_\_\_\_ года рождения, воспитанника \_\_\_\_\_ группы на 50%, в связи с воспитанием трёх (и более детей).

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: удостоверение многодетной семьи**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*(дата) (подпись) (расшифровка подписи)*

*(адрес)*

контактный телефон:

\_\_\_\_\_

*(дом., раб., мобильный тел.)*

Заведующему 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)  
контактный телефон:  
\_\_\_\_\_ (дом., раб., мобильный тел.)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу снизить плату за питание моего ребенка \_\_\_\_\_  
(фамилия, собственное имя, отчество)  
\_\_\_\_\_ года рождения, воспитанника \_\_\_\_\_ группы на 100%, в связи  
с воспитанием ребенка-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: удостоверение инвалида**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(дата) (подпись) (расшифровка подписи)