

Начальнику служби у справах дітей  
Лиманської міської ради  
Голеву С.І.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ПІБ заявника)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Адреса заявника)

Тел.: \_\_\_\_\_

**З а я в а**

Прошу Вас надати висновок щодо визначення  
(зміни) \_\_\_\_\_

моєї  
дитини \_\_\_\_\_.

До \_\_\_\_\_ заяви  
додаю: \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
(Підпис заявника)