



NORTHWEST NUTRITION SERVICE

СЕВЕРО-ЗАПОДНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПО ПИТАНИЮ

ЕЖЕМЕСЯЧНАЯ ФОРМА ДЛЯ ДЕТЕЙ ВЫБЫВШИХ ИЗ САДИКА

используйте Эту Форму Для Отчета Выбывании Любого Ребенка Из Вашего Садика.
Вся Информация Должна Быть Заполнена.
ПОЖАЛУЙСТА, ПИШИТЕ ПЕЧАТНЫМ ШРИФТОМ

ПОЖАЛУЙСТА, В ТОТ МЕСЯЦ КОГДА КТО-ТО ИЗ ДЕТЕЙ ВЫБЫЛ ИЗ ВАШЕГО САДИКА, ПРИШЛИТЕ ЭТУ ФОРМУ С ВАШИМ ОТЧЕТОМ-МЕНЮ

Воспитатель #: _____

Имя Воспитателя: _____ (Фамилия, имя)

Имя выбывшего ребенка (Фамилия, имя)	Дата последнего дня посещения детского сада (Месяц/день/год)

P.O. Box 68365 Milwaukie, Oregon 97268
(503) 653-7626ext. 125
Fax: (503) 653-1484
www.nwnutritionservice.com