

Директору МОБУ «Михайловская СОШ»
О.А.Беляевой

(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

(Ф.И.О., число, месяц, год рождения обучающегося)

(адрес места жительства)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу включить моего сына/дочь

(Ф.И.О. полностью)

в список обучающихся на получение бесплатного двухразового питания. Мой ребенок имеет статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что подтверждает заключением психолого-медико-педагогической комиссии от _____ №

_____ о признании статуса ребенка

(дата выдачи справки)

с ограниченными возможностями. На основании данной справки (иных документов) прошу организовать бесплатное двухразовое питание с

(дата начала предоставления питания)

(дата)

(подпись)

Директору МОБУ «Михайловская СОШ»
О.А.Беляевой

(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

(Ф.И.О., число, месяц, год рождения обучающегося)

(адрес места жительства)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу включить моего сына/дочь

(Ф.И.О. полностью)

в список получателей ежемесячной денежной компенсации двухразового питания. Мой ребенок имеет статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что подтверждает заключением психолого-медико-педагогической комиссии от

_____ № _____ о признании статуса ребенка
(дата выдачи справки)

с ограниченными возможностями, получающим обучение на дому. На основании данной справки (иных документов) прошу выплачивать ежемесячную денежную компенсацию двухразового питания с _____ выплачивать ежемесячную
(дата начала предоставления компенсации)

денежную компенсацию двухразового питания.

(дата)

(подпись)