

Директору \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(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

(дата выдачи справки)

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

(дата начала предоставления питания)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
подпись