|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору МБОУ СШ № 95  Обрезковой Л.В.  от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ф.и.о. полностью)  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**заявление**

Прошу организовать для моего ребенка (сына, дочь, опекаемого (ую) (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ф.и.о. полностью)

обучающего(ую)ся в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ классе двухразовое питание для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Прилагаю копию заключения ПМПК от \_\_\_. \_\_\_\_. 20\_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_, подтверждающая, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ является лицом с ограниченными возможностями здоровья.

В случае изменений оснований для обеспечения моего ребенка питанием обязуюсь незамедлительно письменно информировать общеобразовательное учреждение.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_