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

**Заявление
родителей (законных представителей) на обеспечение обучающегося набором продуктов питания** **(сухим пайком)**

Прошу обеспечить набором продуктов питания (сухим пайком) моего ребенка (сына, дочери)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество)

имеющего статус обучающегося с ограниченными возможностями здоровья, получающего образования на дому обучающегося (ейся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса.

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

В случае изменений оснований для обеспечения моего ребенка набором пищевых продуктов (сухим пайком) обязуюсь незамедлительно письменно информировать общеобразовательное учреждение.

С условиями обеспечения набором пищевых продуктов (сухим пайком) ознакомлен.

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись)

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

**Заявление
родителей (законных представителей) на выплату компенсации за питание**

Прошу выплачивать компенсацию за питание в денежном эквиваленте на моего ребенка (сына, дочери)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество)

имеющего статус обучающегося с ограниченными возможностями здоровья, получающего образования на дому обучающегося (ейся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса. От обеспечения набором продуктов питания (сухим пайком) отказываюсь.

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

В случае изменений оснований для выплаты компенсации за питание в денежном эквиваленте обязуюсь незамедлительно письменно информировать общеобразовательное учреждение.

"\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись)