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-инвалида (инвалида), не являющегося обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, что подтверждает справка МСЭ от _____ № _____ об установлении инвалидности.

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

(дата начала предоставления питания)

Согласен на обработку персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, соответствующее согласие прилагается к настоящему заявлению.

Правильность и достоверность представленных мною сведений подтверждаю, предупрежден(а) об ответственности за предоставление ложной информации.

_____ _____

дата подпись