Приложение

к Порядку организации питания обучающихся
в муниципальных общеобразовательных
организациях Малосердобинского района

Директору_____
от_____,
_____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

Проживающего (проживающей) по адресу:
_____
_____

дата рождения _____

телефон: _____
паспорт: серия _____ № _____
дата выдачи _____
кем выдан _____
_____

заявление.

Прошу Вас предоставлять мне ежемесячную денежную компенсацию бесплатного двухразового питания обучающегося (обучающихся) с ограниченными возможностями здоровья, осваивающего (осваивающих) образовательную программу (образовательные программы) начального общего, основного общего и среднего общего образования, ввиду обучения его (их) на дому (далее – денежная компенсация):

Фамилия, имя, отчество обучающегося с ограниченными возможностями здоровья	Дата рождения обучающегося с ограниченными возможностями здоровья	Место жительства обучающегося с ограниченными возможностями здоровья	Дата и номер заключения психолого – медико - педагогической комиссии о признании обучающегося с ограниченными возможностями здоровья	Дата и номер заключения врачебной комиссии о рекомендации получения образования на дому

Денежную компенсацию прошу перечислять:
в кредитную организацию _____
_____
(наименование кредитной организации, реквизиты)

На счет _____
(номер счета)

К заявлению прилагаю следующие документы:
1.
2.

За достоверность представленных документов несу персональную ответственность. Против проверки представленных мною сведений не возражаю.

_____ _____ _____
(подпись) (Ф.И.О) (дата)