

Директору МОБУ ООШ с. Сосновка
Портновой Л.И.

Проживающего(щую) по адресу _____

Тел _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
прошу Вас обеспечить бесплатным двухразовым питанием моего ребенка с ограниченными возможностями здоровья

№	Фамилия, имя, отчество обучающегося	Дата рождения	Класс обучения

И предоставляю необходимые документы:

1. копия выписки из решения, заключения (нужное подчеркнуть) № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.
Филиал ФГКУ РПМПК Белорецкая зональная психолого-медико-педагогическая комиссия.
2. Т.к. я получаю услугу по льготному, бесплатному питанию (нужное подчеркнуть), то я

в пользу бесплатного двухразового питания моего ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

В соответствии с Федеральным законом РФ №152ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на сбор, хранение и обработку предоставленных в данном заявлении персональных данных. Подтверждаю также, что мне разъяснен Порядок организации обеспечения бесплатным двухразовым питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в организациях, осуществляющих образовательную деятельность РБ.

« ____ » _____ 20 ____ г

Подпись _____

расшифровка подписи _____