

И. о. директора МБОУ СОШ №1

Гарифуллиной О.В.

от родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_

учащегося \_\_\_\_\_ класса \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

проживающий по адресу

\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу Вас предоставить бесплатное питание моему ребенку \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

с ограниченными возможностями здоровья на период с \_\_\_\_\_ 202\_ г. ( учебный год).

Копию заключения ПМПК от \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. прилагаю на \_\_\_\_\_ листах, в \_\_\_\_\_ экз.

Подпись

Дата

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_