Руководителю муниципальной

общеобразовательной организации

Директору МКОУ «Верхнегнутовская СШ»

Коротковой Л.С.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

фамилия, имя, отчество (при наличии)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении бесплатного двухразового питания обучающимся с ограниченными возможностями здоровья (инвалид), обучение которых организовано в МКОУ «Верхнегнутовская СШ»

Прошу предоставить в соответствии с частями 7, 7.1, 7.2 статьи 79 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» бесплатное двухразовое питание, включающее завтрак и обед,

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

обучающемуся \_\_\_\_ класса (группы), на период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, свидетельство о рождении/паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_, место регистрации (проживания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с тем, что обучающийся является обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, обучение которого организовано общеобразовательной организацией, находящейся на территории Среднеахтубинского муниципального района Волгоградской области, на дому.

Родитель (законный представитель) обучающегося проинформирован, что в случае изменения обстоятельств, влияющих на получение бесплатного двухразового питания, обязуется в установленный срок письменно проинформировать образовательную организацию.

Приложение:

- Документ, подтверждающий, что обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья (инвалид).

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись заявителя) (расшифровка подписи)

,

Согласен на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, указанных в заявлении и представленных документах.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись заявителя) (расшифровка подписи)