

Директору МАОУ
«Образовательный центр № 2
«Сфера» р.п. Сенной»
Мурашовой О.В.

(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

(Ф.И.О. обучающегося)

(число, месяц, год рождения)

проживающего _____ по адресу:

Тел (моб) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне денежную компенсацию бесплатного двухразового питания моего (ей) сына/дочери

_____,
ученика(цы) _____ класса, так как освоение образовательной программы
образования

(начального общего, основного общего, среднего общего образования)

осуществляется на дому.

Мой ребенок имеет статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что подтверждается заключением психолога – медико – педагогической комиссии от _____ № _____ о признании статуса ребенка с ограниченными возможностями,
выданной _____.

На основании медицинской справки Детской поликлиники ГУЗ СО «Вольская РБ» № _____ от _____, организовано обучение на дому.

На основании данных справок прошу заменить бесплатное двухразовое питание моего ребенка ежемесячной компенсацией с _____ (дата начала представления компенсации).

Банковские реквизиты прилагаются.

(дата)

_____/_____/_____
(подпись)