Директору\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Название образовательной организации)

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

 (фамилия, имя, отчество)

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

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

 (серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

документ, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется усыновителями, опекунами, попечителями)

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

об обеспечении бесплатным питанием обучающегося образовательной организации

Даю согласие на обеспечение в 2019 - 2020 уч.году бесплатным питанием (завтрак , обед/ денежная компенсация)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать необходимое)

(для выплаты денежной компенсации указать расчетный счет)

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

 (Фамилия, имя, отчество, дата рождения обучающегося)

обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (класс, структурное подразделение)

 Перечень представленных документов:

1. Копия основного документа, удостоверяющего личность заявителя, и документ, подтверждающий полномочия (для представителей);
2. Копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии об установлении обучающемуся статуса ОВЗ (с актуальным сроком действия).

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

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

Заявление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

принято "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. и зарегистрировано за номером \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

 (Ф.И.О., подпись работника, принявшего заявление)

Оборотная сторона

Расписка

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, родитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса информирую Вас о том, что на моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ не оформлено ежемесячное социальное пособие на питание в государственных или муниципальный образовательных организациях, реализующих основные общеобразовательные программы начального общего, основного общего или среднего общего образования, на основании Закона Самарской области от 16.07.2004 № 122-ГД «О государственной поддержке граждан, имеющих детей».

Об ответственности за предоставление недостоверной информации предупрежден.

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_