

Директору _____ муниципального _____ бюджетного
общеобразовательного учреждения муниципального
образования город Краснодар гимназии № 54
Россошных Н.В.

_____,
проживающего(ей) по адресу: _____
контактный
телефон: _____

Заявление

Прошу предоставить мне дополнительную меру социальной поддержки в виде **обеспечения бесплатным двухразовым питанием** обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся по очной форме обучения в МБОУ гимназии № 54 в _____ учебном году на моего ребенка:

(Ф.И.О. ребенка, класс)

Предъявляю необходимые документы:

1. Заявление родителей(законных представителей);
2. Справка ПМПК или МСЭ (оригинал);
3. Копия паспорта, свид. о рождении;
4. Копии СНИЛС детей и родителей.

При изменении указанных документов обязуюсь предоставлять обновленные данные в течении 10 дней с момента их получения.

Вся информация, содержащаяся в заявлении, является подлинной.

Предупрежден об ответственности за достоверность и подлинность предоставленных сведений и документов.

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Директору _____ муниципального _____ бюджетного
общеобразовательного учреждения муниципального
образования город Краснодар гимназии № 54
Россошных Н.В.

_____,
проживающего(ей) по адресу: _____
контактный
телефон: _____

Заявление

Я, _____ отказываюсь от дополнительной меры
социальной поддержки в виде **обеспечения бесплатным двухразовым питанием**
обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся по очной
форме обучения в МБОУ гимназии № 54 в 2019/2020 учебном году на моего
ребенка: _____

(Ф.И.О. ребенка, класс)

(дата)

(подпись)

(расшифровка подписи)