|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору МБОУ СОШ №153  Г.Ф.Кириченко  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО родителя)  Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление.

Прошу предоставить возможность льготного питания моему ребенку, (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_учащемуся (ейся) \_\_\_\_\_\_\_класса, поскольку ребёнку присвоен статус «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья».

Обязуюсь в течение двух недель с момента наступления обстоятельств, влекущих изменения или прекращение прав моего ребенка на обеспечение бесплатным питанием, известить ответственного за организацию бесплатного питания МБОУ СОШ №153 о наступлении таких обстоятельств.

К заявлению прилагаю:

Заключение ПМПК №\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_