Директору МБОУ СОШ №153

Г.Ф.Кириченко

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

(ФИО родителя)

адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу предоставить возможность льготного питания моему ребенку, (ФИ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_учащемуся (ейся) \_\_\_\_\_\_\_класса, поскольку ребёнку присвоен статус «ребенок-инвалид».

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:

Копию удостоверения №\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Срок действия с \_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_20\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_