**Заявление об отказе питания в школе**

Директору МОУ

«Средняя школа № 2»

Розиной А.Л  
 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  
 родителя (законного представителя)

ученика \_\_\_\_\_ класса,  
 проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО родителя) отказываюсь от получения льготного питания моим сыном (моей дочерью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО ребенка полностью), учеником (ученицей) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса. Несу личную ответственность за здоровье ребенка.

Дата

Подпись