**Заявление на бесплатное двухразовое питание дляучащихся с ОВЗ и детей-инвалидов, имеющих  статус  учащихся с ограниченными возможностями здоровья**

 Директору МОУ

 «Средняя школа № 2»

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

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

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

Заявление

Прошу предоставить бесплатное двухразовое питание моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО ребенка полностью) \_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ ( дата рождения), учащемуся (-щейся) \_\_\_\_\_\_ класса, т.к. ребенок является инвалидом (ребёнком с ОВЗ).

С Положением и Порядком организации питания детей-инвалидов и обучающихся с ОВЗ на бесплатной основе ознакомлен (ознакомлена) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Обязуюсь незамедлительно со дня наступления случая, влекущего прекращение предоставления бесплатного двухразового питания (утраты права на получения бесплатного питания), письменно сообщить администрацию МОУ «Средняя школа №2», осуществляющему образовательную деятельность, о таких обстоятельствах. Несу полную ответственность за подлинность и достоверность сведений, изложенных в настоящем заявлении.

Копию справки об инвалидности (копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии) прилагаю.

Число

Подпись