

Директору _____

(Ф.И.О.)

(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

(Ф.И.О., число, месяц, год рождения обучающегося)

(адрес места жительства)

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу включить моего сына/дочь

(Ф.И.О. полностью)

в список получателей ежемесячной денежной компенсации двухразового питания. Мой ребенок имеет статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что подтверждает заключением психолого-медико-педагогической комиссии от _____ № _____ о

(дата выдачи справки)

признании статуса ребенка с ограниченными возможностями, получающим обучение на дому. На основании данной справки (иных документов) прошу с _____ выплачивать ежемесячную денежную

(дата начала предоставления компенсации)

компенсацию двухразового питания.

(дата)

подпись