Директору МАОУ «Школа № 30»

Ермак О.П.

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО родителя (законного представителя)

проживающего по адресу:\_\_

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

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

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

заявление

о предоставлении выплаты стоимости двухразового питания обучающегося,

из числа детей с ограниченными возможностями здоровья,

получающих образование на дому

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО родителя (законного представителя))

прошу предоставлять взамен бесплатного горячего двухразового питания выплату его стоимости за моего сына (моей дочери) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО ребенка)

ученика (ученицы) \_\_\_ класса, получающего образование на дому в связи с тем, что он (она) является ребенком с ограниченными возможностями здоровья.

Сумму выплаты стоимости двухразового питания прошу ежемесячно перечислять\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование банка с указанием лицевого счета получателя выплаты)

С Положением о выплате стоимости двухразового питания обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, родителям (законным представителям) обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в *наименование ОО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  ознакомлена (ознакомлен).

Перечень прилагаемых документов:

1) информация о реквизитах расчетного (лицевого) счета, на который должны перечисляться денежные средства.

2) заявление о согласии на обработку персональных данных.

В случае изменения оснований для выплаты стоимости двухразового питания за моего сына (мою дочь), реквизитов расчетного (лицевого) счета обязуюсь письменно информировать руководителя общеобразовательной организации в течение 2 календарных дней.

Обязуюсь возместить расходы, понесенные общеобразовательной организацией, в случае нарушения моих обязательств, установленных Положением о выплате стоимости двухразового питания обучающимся   
с ограниченными возможностями здоровья, родителям (законным представителям) обучающихся с ограниченными возможностями здоровья в *наименование ОО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

( дата подачи) (подпись, ФИО заявителя)