

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