

Директору МБОУ
«Губернаторский лицей № 101 имени
Народного учителя Российской Федерации
Ю.И. Латышева»
при ФГБОУ ВО «УлГПУ им. И.Н. Ульянова»
Е.В. Малюгиной

от _____,
(Ф.И.О. родителя (законного представителя))

зарегистрированного по адресу: _____

Адрес фактического проживания: _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении двухразового питания обучающимся с ограниченными возможностями здоровья (или) разового питания детям - инвалидам, осваивающим общеобразовательные программы начального общего, основного общего и среднего общего образования в муниципальных общеобразовательных организациях муниципального образования «город Ульяновск» либо о замене питания компенсацией

Прошу предоставить бесплатное двухразовое (разовое) питание либо компенсацию на питание _____,
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

обучающемуся (-ейся) в _____ классе.

С Порядком обеспечения бесплатным питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и детей - инвалидов, осваивающих общеобразовательные программы начального общего, основного общего и среднего общего образования в муниципальных общеобразовательных организациях муниципального образования «город Ульяновск» ознакомлен(а).

К заявлению прилагаю следующие документы:

копия свидетельства о рождении ребенка;

копия паспорта родителя (законного представителя), подающего заявление;

копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности (для детей-инвалидов);

копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии, подтверждающего наличие недостатков в физическом и (или) психологическом развитии, препятствующих получению образования без создания специальных условий (для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья);

доверенность, подтверждающая передачу родителем (законным представителем) полномочий представителю (в случае обращения за предоставлением компенсации представителем компенсации представителя родителя (законного представителя));

сведения о счете, на который подлежит перечислению компенсация.

Несу полную ответственность за подлинность и достоверность предоставленных сведений.

В случае прекращения у обучающегося статуса «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья» или «инвалид», влияющих на право на получение бесплатного питания, обязуюсь сообщить об этом в 10-дневный срок в образовательную организацию.

«___» _____ 20___ г.
(дата подачи заявления)

(подпись заявителя)

(расшифровка)

