Приложение 4

Директору МОАУ «СОШ № 64» Редькину Александру Владимировичу

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

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

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

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

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

(адрес места жительства)

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

(контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выплачивать ежемесячную денежную компенсацию взамен двухразового питания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, осваивающих программы начального общего, основного общего и среднего общего образования на дому в связи с тем, что мой ребенок имеет статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что подтверждается заключением психолого-медико-педагогической комиссии о т\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ о признании статуса ребенка с ограниченными возможностями.

К заявлению прилагаю:

копию документа, удостоверяющего личность родителей (законных представителей);

копию заключения психолого-медико-педагогической комиссии;

заключение медицинской организации на обучение на дому;

документ о наличии у родителей (законных представителей) банковского счета, открытого в кредитной организации, с указанием реквизитов счета.

« » 20\_\_\_\_\_\_г.

подпись заявителя