

(от) \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ.

В соответствии с частью 7.2 статьи 79 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" прошу заменить бесплатное двухразовое питание денежной компенсацией на период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ обучающемуся \_\_\_\_\_ класса МБОУ «Ромодановская СОШ №1» \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

дата рождения: \_\_\_\_\_, свидетельство о рождении (паспорт): серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, место регистрации (проживания): \_\_\_\_\_

в связи с тем, что он (она) является обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, обучение которого организовано образовательной организацией на дому.

Прошу перечислять денежную компенсацию на счет

\_\_\_\_\_ (номер счета, наименование учреждения, отделение (филиал) банка, его полные платежные реквизиты)

О возникновении обстоятельств, влекущих утрату права на обеспечение бесплатным двухразовым питанием, обязуюсь уведомить в течение пяти рабочих дней.

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии))

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

Директору  
МБОУ «Ромодановская СОШ №1»  
Е.А. Абросимовой

УВЕДОМЛЕНИЕ.

ФИО заявителя \_\_\_\_\_  
Адрес заявителя \_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_

Уведомляю Вас о том, что с моего ребенка  
(ФИО) \_\_\_\_\_  
на основании заключения ПМПК № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ снят статус  
лица с ОВЗ.

К уведомлению прилагаю следующие документы:

1. Документ, удостоверяющий личность лица с ОВЗ, либо родителя (законного представителя) лица с ОВЗ. (нужное подчеркнуть)
2. Заключение ПМПК, на основании которого с обучающегося снят статус лица с ОВЗ.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Подпись/ Расшифровка

Директору  
МБОУ «Ромодановская СОШ №1»  
Е.А. Абросимовой

(от) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_

заявление.

Прошу предоставить моему ребёнку

\_\_\_\_\_ обучающемуся \_\_\_\_\_ класса (202 -202 уч.г.),  
бесплатное двухразовое питание в школе на основании справки МСЭ о  
присвоении статуса «ребёнок-инвалид».

К заявлению прилагаю справку МСЭ.

В случае снятия статуса обязуюсь в течение десяти рабочих дней со дня  
получения заключения о снятии статуса уведомить об этом МБОУ «Ромодановская СОШ  
№1».

\_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г.

ПОДПИСЬ

\_\_\_\_\_ ФАМИЛИЯ И.О.

Директору  
МБОУ «Ромодановская СОШ №1»  
Е.А. Абросимовой

(от) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_

заявление.

Прошу предоставить моему ребёнку

\_\_\_\_\_, обучающемуся \_\_\_\_\_ класса (202-202 уч.г.),  
бесплатное двухразовое питание в школе на основании заключения  
психолого-медико-педагогической комиссии, подтверждающего наличие  
ограниченных возможностей здоровья (ОВЗ).  
К заявлению прилагаю заключение ПМПК.

В случае снятия статуса лица с ограниченными возможностями здоровья с  
лица с ОВЗ обязуюсь в течение десяти рабочих дней со дня получения заключения о  
снятии статуса лица с ограниченными возможностями здоровья с лица с ОВЗ уведомить  
об этом МБОУ «Ромодановская СОШ №1».

\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_   
ПОДПИСЬ

\_\_\_\_\_   
ФАМИЛИЯ И.О.