

(персонифицированного) учета и содержания сведений о страховом номере индивидуального лицевого счета обучающегося с ОВЗ.

(дата подачи заявления)

(подпись заявителя)

Заместитель главы муниципального образования Апшеронский район
И.А. Смирнова

Приложение 1
к Порядку предоставления дополнительной меры социальной поддержки в виде обеспечения бесплатным двухразовым питанием обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, обучающимся по очной форме обучения в муниципальных общеобразовательных организациях муниципального образования Апшеронский район

Директору _____ (наименование ОУ)

от _____

_____ (Ф.И.О. родителя (законного представителя) обучающегося)

_____ (почтовый адрес регистрации по паспорту, телефону)

Заявление

о предоставлении двухразового бесплатного питания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья

Я, _____

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

прошу обеспечить бесплатным двухразовым питанием моего сына (дочь)

(Ф.И.О. ребенка)

ученика (ученицы) _____ класса, на период _____ учебного года.

- Приложения:
- 1) заключение психолого-медико-педагогической комиссии, в котором определено, что обучающийся нуждается в предоставлении специальных условий для получения образования;
 - 2) документ, удостоверяющий личность заявителя;
 - 3) свидетельство о рождении обучающегося с ОВЗ;
 - 4) страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования обучающегося либо документ, подтверждающий регистрацию в системе индивидуального