

Директору _____

(Ф.И.О.)

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

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

(адрес места жительства)

(контактный телефон)

**заявление
на ежемесячную денежную компенсацию
взамен бесплатного двухразового питания обучающихся**

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 от _____ № _____ 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.

Дата

Подпись

Расшифровка подписи