

Директору _____
(Ф.И.О.)

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

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

(адрес места жительства)

(контактный телефон)

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;
копию заключения медицинской организации на обучение на дому;
документ о наличии у родителей (законных представителей) банковского счета, открытого в кредитной организации, с указанием реквизитов счета.

" ____ " _____ 20__

подпись заявителя