

Руководителю МОУ «СОШ № 30» г. Сыктывкара

от _____
(фамилия, имя, отчество(при наличии) (полностью))

совершеннолетнего обучающегося или родителя

(законного представителя) обучающегося)

проживающего по адресу: _____
(индекс, адрес)

паспорт: серия _____ № _____

дата выдачи: _____

Кем выдан: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о замене бесплатного двухразового питания обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья, обучение которого организовано МОУ «СОШ № 30» г. Сыктывкара на дому, денежной компенсацией

Прошу заменить в соответствии с частями 7, 7.1, 7.2 статьи 79мФедерального закона от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» бесплатное двухразовое питание денежной компенсацией

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

обучающемуся _____ класса, на период с _____ по _____, дата рождения: _____, свидетельство о рождении/паспорт: серия _____ № _____, место регистрации (проживания): _____

в связи с тем, что обучающийся является обучающимся с ограниченными возможностями здоровья, обучение которого организовано МОУ «СОШ №30» г. Сыктывкара, на дому. Родитель (законный представитель) обучающегося проинформирован, что в случае изменения обстоятельств, влияющих на замену бесплатного двухразового питания денежной компенсацией, обязуется в течение пяти дней со дня возникновения таких обстоятельств письменно проинформировать образовательную организацию о произошедших изменениях.

(подпись)

Согласен на обработку моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, указанных в заявлении и представленных документах.

Прошу перечислять компенсационную выплату на мой расчетный счет № _____

в банковском учреждении _____

ИНН _____ БИК _____

КПП _____

(реквизиты банковского учреждения)

(подпись)

(дата)