Директору МБОУ «СОШ № 1 имени

Героя Советского Союза В.А. Горишнего»

города Курска

Е.В. Кривцовой

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 фамилия

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 имя, отчество

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес по регистрации

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес фактического проживания

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 телефон

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить бесплатное питание моему (моим) ребенку (детям):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество ребенка /детей/)

так как он(они) имеет(ют) установленный психолого-медико-педагогической комиссией статус лица «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья».

О себе сообщаю следующие данные:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Родственные отношения** | **Ф.И.О.** | **Дата рождения** | **Место работы, учебы** |
| Мать (законный представитель, мачеха) |   |   |   |
| Отец (отчим) |   |   |   |
| Дети (несовершеннолетние) |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |

Несу ответственность за достоверность предоставленных сведений.

Даю добровольное согласие на проверку и обработку моих персональных данных и членов моей семьи.

В случае наступления обстоятельств, влияющих на право получения муниципальной услуги, обязуюсь сообщить в 10-дневный срок в МБОУ.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись заявителя)