

Приложение №2
к порядку по выплате ежемесячной
денежной компенсации двухразового
питания обучающимся с ограниченными
возможностями здоровья, осваивающим
программы начального общего, основного
общего и среднего общего образования на
дому

Список обучающихся с ограниченными возможностями здоровья,
являющихся получателями бесплатного двухразового питания

Наименование ОУ	Категория обучающегося	ФИО обучающегося с ограниченными возможностями здоровья (полностью)	Класс	Дата прохождения ПМПК

Приложение №1
к порядку по организации предоставления
бесплатного двухразового питания
лицам с ограниченными возможностями
здоровья, обучающимся в муниципальных
общеобразовательных организациях

Заявление на получение бесплатного двухразового питания в образовательной
организации

Директору _____

(Ф.И.О.) _____

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

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

(адрес места жительства) _____

(контактный телефон) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу включить моего сына/дочь

(Ф.И.О. полностью) _____
в список обучающихся на получение бесплатного двухразового питания. Мой
ребенок имеет статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что
подтверждает заключением психолого-медико-педагогической комиссии от
№ _____ о признании
(дата выдачи справки) _____
Статуса ребенка с ограниченными возможностями. На основании данной справки (иных
документов) прошу организовать бесплатное двухразовое питание с
(дата начала предоставления питания) _____

(дата) _____ подпись _____