

Приложение №2

к порядку по организации предоставления
бесплатного двухразового питания
лицам с ограниченными возможностями
здоровья, обучающимся в муниципальных
общеобразовательных организациях

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 выплате ежемесячной
денежной компенсации двухразового
питания обучающимся с ограниченными
возможностями здоровья, осваивающим
программы начального общего, основного
общего и среднего общего образования на
дому

Заявление

на получение ежемесячной денежной компенсации
двухразового питания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья,
осваивающих программы начального общего, основного
общего и среднего общего образования на дому

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 получателей ежемесячной денежной компенсации двухразового питания.
Мой ребенок имеет статус ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что
подтверждает заключением психолого-медико-педагогической комиссии от

№ _____
(дата выдачи справки)

о признании статуса ребенка с ограниченными возможностями, получающим обучение на
дому. На основании данной справки (иных документов) прошу с
_____ выплачивать ежемесячную денежную
(дата начала предоставления компенсации)
компенсацию двухразового питания.

(дата) _____
подпись