Директору

МБОУ « »

От:

проживающего (ей) по адресу:

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

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

 *(адрес регистрации)*

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

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

*(адрес фактического проживания)*

Паспортные данные:

 серия: № .

 кем выдан: .

 дата выдачи: .

 контактный телефон: .

 ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается ФИО, дата рождения)*, обучающемуся (йся) «\_\_\_\_» класса МБОУ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», диетическое питание в соответствии с медицинским заключением о необходимости диетического питания с указанием вида диеты.

Я предупрежден (а) о необходимости своевременно и в полном объеме информировать в письменной форме руководство общеобразовательной организации о медицинских рекомендациях по питанию, выданных моему ребенку лечащим врачом.

За полноту, своевременность и достоверность предоставленной информации несу ответственность в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

Основание: медицинское заключение от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_20\_\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата подачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы принял:

ФИО, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_