Приложение к Порядку

предоставления бесплатного двухразового питания обучающимся с

ограниченными возможностями здоровья, посещающим муниципальные

образовательные учреждения городского округа Верхняя Пышма, реализующие образовательные программы дошкольного образования

Заведующему МАДОУ «Детский сад №\_\_\_\_»

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

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу обеспечить бесплатным двухразовым питанием моего ребенка,

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

в дни посещения образовательной организации.

С порядком предоставления бесплатным двухразовым питанием воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в муниципальных образовательных организациях, реализующих образовательную программу дошкольного образования на территории городского округа Верхняя Пышма ознакомлен (а).

В течение 10 календарных дней со дня изменения статуса ребенка и наступления обстоятельств, влияющих на предоставление бесплатного двухразового питания моего ребенка, обязуюсь сообщить в МАДОУ «Детский сад № \_\_\_».

Несу полную ответственность за подлинность и достоверность представленных сведений.

Подтверждаю согласие на обработку предоставленных мною персональных данных, персональных данных несовершеннолетнего.

Заключение психолого-медико-педагогической комиссии к заявлению прилагаю (копия)

«\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. подпись расшифровка подписи