Директору МОУ Шурскольская СОШ

Матвейчук Н.П.

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

ФИО (полностью) законного представителя

зарегистрированн\_\_\_\_ по адресу:

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

**Заявление**

Прошу оказать социальную услугу по обеспечению бесплатным одноразовым горячим питанием моему ребёнку (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в 2020-2021 учебном году ученику(це) \_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса, обучающемуся(ейся) по программе начального общего образования.

Наличие/отсутствие пищевой аллергии, диеты.

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

*(При наличии пищевой аллергии/ диеты предоставляется медицинская справка)*

*Настоящим подтверждаю, что являюсь законным представителем обучающегося и действую в его/ее интересах. Данные о ребенке, предоставленные в документах разрешаю использовать в целях защиты прав моего сына/дочери.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_*

*Подпись расшифровка дата*