

Директору МБОУ СОШ № 37
города Ставрополя
Волосовцовой Евгении
Валентиновне

ЗАЯВЛЕНИЕ

о назначении выплаты денежной компенсации за двухразовое питание
обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья и получающему
образование на дому

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))
проживающий (ая) в городе Ставрополе по адресу:

(адрес регистрации по месту жительства (пребывания))

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия и номер документа, дата выдачи, кем выдан)

(наименование документа, подтверждающего полномочия законного представителя, номер документа,

дата выдачи, кем выдан)

(телефон)

Прошу назначить мне выплату ежемесячной денежной компенсации за
двухразовое питание (за исключением каникул, выходных и праздничных
дней) обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья,
получающему образование на дому, зачисленному в _____

(наименование общеобразовательного учреждения)

(фамилия, имя, отчество)

Ежемесячную денежную компенсацию прошу выплачивать путем
перечисления через:

(наименование и реквизиты кредитной организации)

Даю согласие на обработку персональных данных моих и моего
ребенка в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г.
№ 152-ФЗ «О персональных данных».

Достоверность представленных сведений подтверждаю.

(дата)

(подпись родителя (законного представителя) обучающегося)