

Приложение 3  
к Порядку  
обеспечения ежедневным бесплатным  
двухразовым питанием от \_\_\_\_\_

Директору МОАУ «СОШ № 53»  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя/законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
на предоставление компенсации**

Я, \_\_\_\_\_  
*ФИО заявителя*  
прошу включить моего сына/дочь

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, дата рождения, класс)

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 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ о признании статуса ребенка с ограниченными возможностями, получающим обучение на дому.

На основании данной справки (иных документов) прошу с \_\_\_\_\_  
выплачивать ежемесячную денежную компенсацию двухразового питания.

(дата начала предоставления компенсации)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
подпись