Директору МКОУ «Большовская СШ»

*(наименование должности руководителя муниципальной общеобразовательной организации)*

Черняеву Владимиру Павловичу\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*( фамилия, имя, отчество (при наличии*)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

*(родителя/законного представителя)*

Прошу Вас предоставить моему сыну (моей дочери) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения

обучающемуся \_\_\_\_\_\_\_ класса, двухразовое питание, так как мой ребенок имеет следующий статус:

(нужное подчеркнуть)

- обучающийся с ограниченными возможностям здоровья;

- обучающийся ребенок-инвалид;

- обучающийся ребенок-инвалид с ограниченными возможностям здоровья.

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

фамилия, имя, отчество (при наличии)

в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=22D7EE2F14C65497FBB311247644A66EAB09BC3A0180107DCC2B229DFB0214DA86BFAA51C9D8654C6C35B37094xDtEF) от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку и использование муниципальной общеобразовательной организацией представленных в данном заявлении персональных данных в целях принятия решения о предоставлении моему сыну (моей дочери) меры социальной поддержки в виде частичной компенсации стоимости горячего питания.

Приложение (нужное отметить):

справка ПМПК, подтверждающая ограниченную возможность здоровья;

справка, подтверждающая категорию "ребенок-инвалид".

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

*(подпись заявителя) (расшифровка подписи)*