Директору МБОУ «Средняя общеобразовательная

школа № 39 им. К. Ф. Ольшанского»

Улаевой Ольге Владимировне

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

фамилия

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

имя, отчество

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

адрес по регистрации

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

адрес фактического проживания

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

телефон

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить бесплатное питание моему (моим) ребенку (детям):

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

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

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

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

(фамилия, имя, отчество ребенка /детей/)

так как он (они) имеет(ют) установленный психолого-медико-педагогической комиссией статус лица «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья».

О себе сообщаю следующие данные:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Родственные отношения** | **Ф.И.О.** | **Дата рождения** | **Место работы, учебы** |
| Мать (законный представитель, мачеха) |  |  |  |
| Отец (отчим) |  |  |  |
| Дети (несовершеннолетние) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Несу ответственность за достоверность предоставленных сведений.

Даю добровольное согласие на проверку и обработку моих персональных данных и членов моей семьи.

В случае наступления обстоятельств, влияющих на право получения муниципальной услуги, обязуюсь сообщить в 10-дневный срок в МБОУ.

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

(подпись заявителя)

Директору МБОУ «Средняя общеобразовательная

школа № 39 им. К. Ф. Ольшанского»

Улаевой Ольге Владимировне

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

фамилия

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

имя, отчество

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

адрес по регистрации

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

адрес фактического проживания

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

телефон

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить бесплатное питание моему (моим) ребенку (детям):

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

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

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

(фамилия, имя, отчество ребенка /детей/)

из семьи военнослужащих, призванных на военную службу по мобилизации в Вооружённые Силы Российской Федерации в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 21.09.2022 № 647 «Об объявлении частичной мобилизации в Российской Федерации», семьи граждан РФ, постоянно проживающих на территории Курской области, заключивших контракт о прохождении военной службы, либо контракт о добровольном выполнении задач в ходе проведения специальной военной операции, проводимой Вооруженными Силами РФ на территориях Украины, Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области на период выполнения военнослужащими задач в ходе проведения специальной военной операции, а также в случае гибели участника специальной военной операции при участии в специальной военной операции; смерти, наступившей вследствие увечья (ранения, травмы, контузии), полученного участником специальной военной операции в ходе специальной военной операции, а также признания участника специальной военной операции инвалидом.

О себе сообщаю следующие данные:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Родственные отношения** | **Ф.И.О.** | **Дата рождения** | **Место работы, учебы** |
| Мать (законный представитель, мачеха) |  |  |  |
| Отец (законный представитель) |  |  |  |
| Дети (несовершеннолетние) |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Несу ответственность за достоверность предоставленных сведений.

Даю добровольное согласие на проверку и обработку моих персональных данных и членов моей семьи.

В случае наступления обстоятельств, влияющих на право получения муниципальной услуги, обязуюсь сообщить в 10-дневный срок в МБОУ.

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

(подпись заявителя)