Директору ГБОУ школы № 489

/Государственного бюджетного общеобразовательного учреждения

средней общеобразовательной школы № 489/ Московского района Санкт-Петербурга

О. Н. Калашниковой

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

ФИО родителя полностью

дата рождения \_\_\_. \_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 индекс, город

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

улица, дом, корпус, квартира

прописанного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

индекс, город

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

улица, дом, корпус, квартира

Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ моб. телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу предоставить в соответствии в главой 18 Закона Санкт-Петербурга «Социальный кодекс Санкт-Петербурга» дополнительную меру социальной поддержки по обеспечению питанием включающие **(нужное подчеркнуть):** завтрак, завтрак и обед, обед

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

(Ф.И.О. ребенка полностью)

обучающемуся в \_\_\_\_\_\_\_\_ классе, на период с \_\_\_\_. \_\_\_\_. 20\_\_\_\_г. по \_\_\_\_. \_\_\_\_. 20\_\_\_\_г.

дата рождения \_\_\_. \_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_ г., свидетельство о рождении/паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

индекс, город

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

улица, дом, корпус, квартира

прописанного по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

индекс, город

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

улица, дом, корпус, квартира

в связи с тем, что: **(1 необходимый пункт отметить «Х»)**

* малообеспеченная семья;
* многодетная семья;
* дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей;
* инвалиды;
* состоит на учете в противотуберкулезном диспансере.

***Согласен на оплату 30 % стоимости льготного питания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)***

* страдающий хроническим заболеванием, перечень которых установлен Правительством Санкт-Петербурга.

***Согласен на оплату 30 % стоимости льготного питания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)***

* является обучающимся начальной школы.

***Согласен на оплату 30 % стоимости льготного питания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)***

Я проинформирован(а) образовательным учреждением о праве подать заявление на предоставление льготного питания на следующий учебный год в мае соответствующего календарного года.

В случае изменения оснований для предоставления льготного питания обязуюсь незамедлительно письменно информировать администрацию образовательного учреждения.

**Предъявлены документы, подтверждающие право представлять интересы несовершеннолетнего (необходимые пункты отметить «Х»):**

* паспорт
* свидетельство о рождении
* свидетельство о многодетности
* справка об инвалидности
* иной документ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я согласен на обработку персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись).

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата \_\_\_\_. \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_г.