

Директору МБОУ «ГСШ №2 имени Героя РФ
Максима Пассара»

Ткачевой О.А.

от _____

_____,
фамилия, имя, отчество (при наличии)
проживающего по адресу: _____

паспортные данные: _____

контактный телефон: _____

Заявление.

Прошу Вас предоставить моему сыну (моей дочери) _____

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

бесплатное двухразовое питание на 2026 – 2027 учебный год, согласно Федеральному закону «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 года № 273 – ФЗ (статья 79 п. 7 о детях – инвалидах и детях с ограниченными возможностями здоровья).

Я, _____,

фамилия, имя, отчество (при наличии)

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (с изменениями и дополнениями) даю согласие на обработку и использование МБОУ ГСШ №2 им. Героя РФ Максима Пассара представленных в данном заявлении персональных данных в целях принятия решения о предоставлении моему сыну (моей дочери) меры социальной поддержки в виде бесплатного питания.

Приложение



документ, подтверждающий статус ребенка – инвалида или ребенка с ОВЗ.

"__" _____ 20__ г.

(подпись заявителя, фамилия, инициалы)

Директору МБОУ «ГСШ №2 имени Героя РФ
Максима Пассара»

Ткачевой О.А.

от _____

фамилия, имя, отчество (при наличии)
проживающего по адресу: _____

паспортные данные: _____

контактный телефон: _____

Заявление.

Прошу Вас предоставить моему сыну (моей дочери) _____

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

бесплатное двухразовое питание на 2026 – 2027 учебный год, согласно Федеральному закону «Об образовании в Российской Федерации» от 29 декабря 2012 года № 273 – ФЗ (статья 79 п. 7 о детях – инвалидах и детях с ограниченными возможностями здоровья).

Я, _____,

фамилия, имя, отчество (при наличии)

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (с изменениями и дополнениями) даю согласие на обработку и использование МБОУ ГСШ №2 им. Героя РФ Максима Пассара представленных в данном заявлении персональных данных в целях принятия решения о предоставлении моему сыну (моей дочери) меры социальной поддержки в виде бесплатного питания.

Приложение



документ, подтверждающий статус ребенка – инвалида или ребенка с ОВЗ.

"__" _____ 20__ г.

(подпись заявителя, фамилия, инициалы)