Директору МБОУ СОШ № 24

им. Д.А. Старикова с. Агой

А.В. Кохия

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

(Ф.И.О. матери (или: отца/законного представителя)

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

на получение диетического питания

 Прошу организовать для моего ребенка , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО ребенка) ученика \_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса, диетическое питание на основании медицинской справки на срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Справку из медицинского учреждения прилагаю.

За предоставляемую информацию несу ответственность.

Приложение: 1. Справка участкового врача-педиатра из

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , (название лечебного учреждения)

подтверждающая необходимость диететического питания с указанием рекомендуемой диеты от «\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « 20\_\_\_» г.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)