|  |
| --- |
| Директору МБОУ «СОШ №2 р.п. Базарный Карабулак Саратовской области»  Михайловой М.В.  родителя (законного представителя)  (фамилия, имя, отчество)  Адрес места жительства:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу Вас предоставить диетическое питание моему ребенку,

ФИО обучающегося, (обучающейся)

обучающемуся (обучающейся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса, на период 20\_\_ -20\_\_\_ учебного года в связи

(указать пищевые особенности)

При организации питания прошу учесть следующие особенности питания

Для организации диетического питания копия справки врача с рекомендациями по питанию прилагается.

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

Дата Подпись

**Диетическое питание обучающихся организуется только при наличии справки врача.**