|  |
| --- |
| 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.**