Форма 1

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | от родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|  | проживающей по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заявление об организации питания готовыми домашними блюдами**

Прошу прекратить предоставлять моему ребенку, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, основное горячее питание. Прошу обеспечить в дни посещения моим ребенком \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ условия для питания готовыми домашними блюдами в связи с тем, что он(а) нуждается в лечебном (диетическом) питании. Заболевание – \_\_\_\_\_\_\_\_.

Со дня, следующего за днем принятия положительного решения о замене способа обеспечения моего ребенка питанием, прошу:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Со сроками рассмотрения заявления ознакомлен(а): \_\_\_\_\_\_\_\_.

Ответственность за здоровье ребенка в связи с заменой способа обеспечения ребенка питанием беру на себя: \_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение:

1. Назначение лечащего врача о потребности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в лечебном диетическом питании от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ – на \_ л. в \_ экз.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Форма 2

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору МБОУ ЦО № 1 Л.П. Естифеевой |
|  | от родителя (законного представителя) Аксеновой Нины Дмитриевны, |
|  | проживающей по адресу: Энская область, г. Энск, ул. Советская, д. 1, кв. 3 |
|  | контактный телефон: 8 (123) 123-11-22 |

**Заявление об организации питания готовыми домашними блюдами**

Прошу прекратить предоставлять моему ребенку, ученице 5-го класса Аксеновой Марии Алексеевне, основное горячее питание. Прошу обеспечить в дни посещения моим ребенком МБОУ ЦО № 1 условия для питания готовыми домашними блюдами в связи с тем, что он(а) нуждается в лечебном (диетическом) питании. Заболевание – целиакия.

Со дня, следующего за днем принятия положительного решения о замене способа обеспечения моего ребенка питанием, прошу:

* расторгнуть договор о предоставлении обучающемуся платного питания;
* сделать перерасчет родительской платы за питание обучающегося и произвести возврат неиспользованных денежных средств на счет.

|  |  |
| --- | --- |
| Полное Ф. И. О. получателя денежных средств ИНН получателя средств Название банка БИК банка Номер р/с Номер к/с | Аксенова Нина Дмитриевна 7707083893 ОАО Сбербанк России, г. Москва 044525225 40817810438294635554 30101810400000000225 |

Со сроками рассмотрения заявления ознакомлен(а): Аксенова.

Ответственность за здоровье ребенка в связи с заменой способа обеспечения ребенка питанием беру на себя: Аксенова.

Приложение:

1. Назначение лечащего врача о потребности Аксеновой Марии Алексеевны в лечебном диетическом питании от 13.09.2021 № 913-8743-20/ДЦ – на 1 л. в 1 экз.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 14.09.2021 |  | Аксенова |  | Н.Д. Аксенова |