Директору МБОУ СШ№ 9

Ибраевой Н.С.

От гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О.

Паспортные данные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Являющегося родителем (законным представителем)

Обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Проживающего (ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить моему ребенку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (Ф.И.О. ребенка)

обучающемуся в \_\_\_\_\_\_\_\_ классе МБОУ СШ № 9

|  |
| --- |
|  |

бесплатное питание за счет средств субвенции из областного бюджета на исполнение

 полномочий по дополнительному финансовому обеспечению мероприятий по

 организации двухразового бесплатного питания обучающихся с ограниченными

 возможностями здоровья

|  |
| --- |
|  |

Льготное питание в связи с нахождением в трудной жизненной ситуации.

|  |
| --- |
|  |

Бесплатный завтрак (для учащихся начальной школы)

|  |
| --- |
|  |

Сухой паек (для обучающихся с ОВЗ, на период дистанционного обучения или обучения на дому)

К заявлению прилагаю следующие документы:

1.

2.

3.

Дата Подпись заявителя

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО родителя ( законного представителя) ребенка)

В соответствии с требованиями статьи 9ФЗ от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», в целях осуществления действий, предусмотренных порядком обеспечения бесплатным питанием обучающихся с ОВЗ, даю свое согласие на хранение и обработку персональных данных моих и моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. В случае моего отказа предоставить свои персональные данные и персональные данные ребенка, сотрудник образовательной организации не сможет на законных основаниях осуществлять их обработку, что приведет к следующим юридическим последствиям: невозможность предоставления моему ребенку бесплатного двухразового питания как обучающемуся льготной категории.

Дата Подпись заявителя

Заявление принято « .» 20 \_ .

 \_ (должность, Ф.И.О.)

(подпись лица, принявшего заявление)

|  |
| --- |
|    |
| Директору МБОУ СШ№9Ибраевой Н.С. |
| От гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |  |
| Ф.И.О. |
| Паспортные данные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Являющегося родителем (законным представителем) |
|  |  |

Заявление о предоставлении платного горячего питания обучающемуся

  Прошу предоставить с 1 сентября 20\_\_\_\_\_\_ года по 25 мая 20\_\_\_\_\_\_ года моему ребенку, ученице

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), платное горячее питание: завтрак, обед, полдник

(нужное подчеркнуть) – за счет родительских средств.

Положением об организации питания обучающихся и условиями предоставления платного питания ознакомлен(а) и согласен(сна), в специальном меню не нуждаюсь

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись

  Обязуюсь:

– вносить денежные средства на лицевой счет ребенка, открытый в платежной системе «Аксиома» для оплаты питания

моего ребенка на период не менее одного календарного месяца, в срок не позднее 25 числа текущего месяца;

  – подать по необходимости письменное заявление об отказе от питания или изменении заказанного ранее питания;

  – уведомить классного руководителя до 8:00 часов о временном отсутствии на занятиях

моего ребенка.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Директору МБОУ СШ№9

Ибраевой Н.С.

От гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О.

Паспортные данные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Являющегося родителем (законным представителем)

Обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Проживающего (ей) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Заявление об отказе от предоставления обучающемуся**
**бесплатного питания**

Прошу прекратить предоставлять моему ребенку, обучающемуся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса, меры социальной поддержки в виде обеспечения бесплатным питанием .

С последствиями отказа от меры социальной поддержки на питание обучающегося и со сроками рассмотрения заявления об отказе от обеспечения обучающегося льготным питанием ознакомлен(а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись.

С порядком возобновления получения мер социальной поддержки на питание обучающегося ознакомлен(а): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО |