Директору МБОУ СОШ № 9 Кудряшовой Ю.А.

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

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

 (Контактный телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении социальной поддержки в виде обеспечения питанием детей,

обучающихся в МБОУ СОШ № 9, без взимания платы

 Прошу предоставить социальную поддержку в виде обеспечения питанием без взимания платы моего сына (дочь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ученика (цу) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса, на период посещения муниципального общеобразовательного учреждения в течение 2024-2025 учебного года в соответствии с Законом Красноярского края от 02.11.2000 N 12-961 "О защите прав ребенка".**(нужное подчеркнуть):**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Вид льготы*** | ***Категория*** |
| *Федеральная льгота* | *Обучающиеся 1-4 класса* |
| *Региональная льгота* | *Ребенок-инвалид* |
|  | *Ребенок с ограниченными возможностями здоровья* |
|  | *Семья, находящаяся в социально опасном положении* |
|  | *Дети из числа многодетных* |
|  | *Малоимущие полные семьи* |
|  | *Малоимущие неполные семьи* |

 **Несу полную ответственность за подлинность и достоверность сведений, изложенных в настоящем заявлении.**

 **При изменении доходов и (или) состава семьи обязуюсь не позднее чем в трехмесячный срок сообщить об этом в общеобразовательное учреждение о наступлении указанных обстоятельствах.**

 **На обработку персональных данных в Единой государственной системе социального обеспечения (ЕГИССО) согласен.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись).

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

 (дата) (подпись заявителя)