

## ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ

Директору МБОУ СОШ № 2 г. Томари  
Сахалинской области  
Рохо-Фернандес Т.Л.  
родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_ (ФИО)  
Место проживания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Тел. родителя (законного представителя): \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### об обеспечении лечебным и диетическим питанием

Прошу организовать моему ребенку \_\_\_\_\_ (ФИО ребенка)

учащемуся \_\_\_\_\_ класса лечебное/диетическое питание (нужное подчеркнуть).

С положением об организации питания детей, нуждающихся в лечебном диетическом питании в МБОУ СОШ № 2 г. Томари Сахалинской области ознакомлен(а).

Приложение:

- справка лечащего врача;
- индивидуальное меню, разработанное специалистом-диетологом с учетом заболевания ребенка (по назначениям лечащего врача).

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись родителя (законного представителя))

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат 726242342903868691666490759959119263676517201182

Владелец Рохо-Фернандес Татьяна Леонидовна

Действителен с 13.09.2023 по 12.09.2024