

Директору  
БОУ «Русскополянская школа №2»  
Грачевой В.Н.

От: \_\_\_\_\_

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

(адрес регистрации)

(адрес фактического проживания)

Паспортные данные:  
серия: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
кем выдан: \_\_\_\_\_  
дата выдачи: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить моему ребенку \_\_\_\_\_

(указывается ФИО, дата рождения),

обучающемуся (йся) «\_\_\_\_\_» класса БОУ «Русскополянская школа №2»,  
диетическое питание в соответствии с медицинским заключением о необходимости  
диетического питания с указанием вида диеты.

Я предупрежден (а) о необходимости своевременно и в полном объеме информировать в  
письменной форме руководство общеобразовательной организации о медицинских  
рекомендациях по питанию, выданных моему ребенку лечащим врачом.

За полноту, своевременность и достоверность предоставленной информации несу  
ответственность в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

Основание: медицинское заключение от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Расшифровка: \_\_\_\_\_

Дата подачи: \_\_\_\_\_

Документы принял:

ФИО, должность \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_