

Директору МБОУ СОШ № 9  
Э.М. Мурадовой

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ФИО родителя (законного представителя), проживающего по адресу

\_\_\_\_\_  
дом. телефон \_\_\_\_\_,  
моб. телефон \_\_\_\_\_

заявление.

Прошу Вас предоставить диетическое (лечебное) питание моему ребенку,

\_\_\_\_\_  
ФИО обучающегося (обучающейся)

обучающемуся (обучающейся) \_\_\_\_\_ класса, на период .....  
учебного года в связи с \_\_\_\_\_

указать причину диетического питания

Справка врача с рекомендациями по питанию прилагается (копия)

\_\_\_\_\_  
число, месяц, год

\_\_\_\_\_  
подпись