Директору МОУ «СОШ с.Сторожевка

имени Героя Советского Союза П.А.Мельникова»

Е.А.Никитиной

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

ФИО родителя

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу организовать лечебное и (или) диетическое питание

(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ученику (це)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ класса

ФИО ребенка

в соответствии с назначением лечащего врача.

Копия справки прилагается.

Дата Подпись родителя (законного представителя)