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)