*2025-2026 учебный год*

Категория: «**Обучающиеся с ОВЗ и инвалиды»**

***Внести в приказ № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_.08. 2025 г.***

***Директор лицея Е.А. Шатохин***

Директору муниципального бюджетного

 общеобразовательного учреждения

лицея № 40 г. Орла Шатохину Е.А.

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

(ФИО заявителя (родителя или законного представителя ребенка),

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 (контактный телефон)

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

 (номер СНИЛС)

**Заявление о предоставлении муниципальной услуги**

На основании решения Орловского городского Совета народных депутатов от 19.12.2024 г. № 60/0895-ГС «Об установлении меры социальной поддержки в виде обеспечения питанием обучающихся муниципальных общеобразовательных организаций города Орла» прошу предоставить мое\_\_\_\_\_\_\_ дочери/сыну:

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

 ***(ФИО ребенка) ( дата рождения)***

обучающе\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ класса, **с 01.09. 2025 г.** меру социальной поддержки в виде бесплатного питания в школьной столовой (**основной и дополнительный приём пищи**) , в связи с тем, что мой ребёнок относится к льготной категории «**обучающиеся с ОВЗ»**

Перечень предоставленных документов:

1.копия документа, удостоверяющего личность Заявителя (паспорт): \_\_\_\_\_ (да/нет)

2. копия свидетельства о рождении обучающегося: \_\_\_\_\_ (да/нет)

3. копия СНИЛС обучающегося: \_\_\_\_\_ (да/нет)

4. копия заключения психолого-медико-педагогической комиссии об установлении статуса ребёнка с ОВЗ: \_\_\_\_\_ (да/нет)

5. копия удостоверения ребенка – инвалида или копия заключения медико-

реабилитационной экспертной комиссии об установлении ребенку инвалидности:

\_\_\_\_\_ (да/нет)

 6. согласие на обработку персональных данных: \_\_\_\_\_ (да/нет)

 Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата подачи заявления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_