

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить льготу в размере 100% на питание моего ребенка _____, дата рождения, группа № _____. В связи с тем, что ему присвоен статус обучающегося с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья). Заключение прилагается.

Дата

подпись