

Директору Муниципального автономного  
общеобразовательного учреждения  
«Средняя школа №5 с углубленным изучением  
отдельных предметов имени В.Г. Распутина»  
городского округа город Урюпинск  
Волгоградской области  
Леоновой Л.В.

от \_\_\_\_\_

*фамилия, имя, отчество (при наличии)*

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_

паспортные данные:

\_\_\_\_\_

контактный телефон:

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас предоставить моему сыну (моей дочери) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения*

обучающемуся \_\_\_\_\_ класса, меры социальной поддержки в виде частичной компенсации стоимости питания по следующему основанию (нужное подчеркнуть):

- дети из малоимущих семей, имеющих среднедушевой доход, не превышающий размер прожиточного минимума в расчете на душу населения по Волгоградской области, получающих ежемесячное пособие в центрах социальной защиты населения; дети из многодетных семей;
- дети, состоящие на учете у фтизиатра, вне зависимости от среднедушевого дохода семьи ребенка;
- учащиеся первых классов общеобразовательных организаций, расположенных на территории Волгоградской области;
- учащиеся 2-4 классов общеобразовательных организаций, расположенных на территории городских и сельских поселений.

Я \_\_\_\_\_,

*фамилия, имя, отчество (при наличии)*

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие на обработку и использование муниципальной общеобразовательной организацией представленных в данном заявлении персональных данных в целях принятия решения о предоставлении моему сыну (моей дочери) меры социальной поддержки в виде частичной компенсации стоимости питания.

Приложение (нужное отметить):

|  |  |
|--|--|
|  | документ, подтверждающий, что среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума в расчете на душу населения по Волгоградской области, предоставляемый в порядке, определенном комитетом социальной защиты населения Волгоградской области; |
|  | документ, подтверждающий регистрацию семьи в качестве многодетной;   |
|  | документ, подтверждающий факт постановки обучающегося на учет у фтизиатра;   |
|  | отсутствует.   |

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

(подпись заявителя)