Директору МОБУ СОШ № 79
Л.С. Гогорян
_____,
(Ф.И.О. родителя)
проживающего по адресу:
_____
_____
Тел: _____

Заявление.

Прошу отменить предоставление (бесплатного/платного) питания
_____ ,
(моему/моей сыну/дочери)

учащегося_____класса по причине лечебного питания, предоставляемого ФГБУ ДПТС «Пионер» Минздрава России.

«__» _____ 2026 г. _____
(дата) (подпись)