Приложение 6
к Порядку предоставления бесплатным
двухразовым питанием обучающихся с
ограниченными возможностями здоровья
КОГОБУ ШОВЗ г. Кирово-Чепецка

**Заявка на выдачу сухих пайков обучающимся с ОВЗ,
получающим образование на дому**

в _____ 20 ____г
месяц

_____
Общеобразовательное учреждение

№ п/п	Фамилия, имя, отчество обучающегосяс ОВЗ, получающего образование на дому	Стоимость ежедневного разового питания	Сумма (руб.)

Директор КОГОБУ ШОВЗ г. Кирово-Чепецка _____ Дрягина Л.В.
МП подпись