Приложение N 3

к Порядку

обеспечения бесплатным двухразовым

питанием обучающихся с ограниченными

возможностями здоровья, осваивающих образовательные

программы начального общего, основного общего

или среднего общего образования в муниципальных

общеобразовательных учреждениях городского округа Тольятти,

обучение которых организовано на дому, в том числе возможность

замены бесплатного двухразового питания денежной компенсацией

СПИСОК

получателей бесплатного двухразового питания

за 202\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование общеобразовательного учреждения (номер школы) | Класс | ФИО законного представителя обучающегося с ОВЗ/ обучающийся с ОВЗ, достигший возраста 14 лет | Ф.И.О.  обучающегося с ОВЗ | Дата рождения  обучающегося с ОВЗ  число, месяц, год | Период обеспечения бесплатным двухразовым  питанием |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

Приложение N 4

к Порядку

обеспечения бесплатным двухразовым

питанием обучающихся с ограниченными

возможностями здоровья, осваивающих образовательные

программы начального общего, основного общего

или среднего общего образования в муниципальных

общеобразовательных учреждениях городского округа Тольятти,

обучение которых организовано на дому, в том числе возможность

замены бесплатного двухразового питания денежной компенсацией

СПИСОК

получателей денежной компенсации

за 202\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование общеобразовательного учреждения городского округа Тольятти  (номер школы) | Класс | ФИО  законного представителя /обучающегося с ОВЗ, достигшего возраста 14 лет | Дата рождения законного представителя/ обучающегося с ОВЗ, достигшего возраста 14 лет (число, месяц, год) | Ф.И.О.  обучающегося с ОВЗ | Дата рождения  обучающегося с ОВЗ  число, месяц, год | Период замены бесплатного двухразового питания денежной компенсацией | Стоимость питания  (сумма завтрака и обеда в день, руб.) | Номер лицевого счета законного представителя/ обучающегося с ОВЗ, достигшего возраста 14 лет, открытого в кредитной организации |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.