|  |
| --- |
| Директору МБОУ СОШ № 30  Батюшиной М.А. от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Родителя (законного представителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (Ф.И.О. ребенка)  Учени\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_класса, проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ЗАЯВЛЕНИЕ |

Прошу Вас организовать для моего ребенка индивидуальное обучение на дому в период с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Основание: медицинская справка, выданная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(название медицинского учреждения и дата выдачи)*

Дата Подпись