|  |
| --- |
| 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