ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ

 ГОКУ СКШ № 10 г. Иркутска

 наименование образовательной организации,

 Ф.И.О. руководителя образовательной организации

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 Ф.И.О. родителя (законного представителя)

 проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 номер телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

 Прошу организовать для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 фамилия, имя, отчество, год рождения ребенка

 обучение на дому/в медицинской организации в период с "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.

 Основание: заключение медицинской организации, выданное "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 наименование медицинской организации

С программой обучения и учебным планом ознакомлен(а) и согласен(а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 К заявлению прилагаю копию заключения медицинской организации.

 "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись расшифровка подписи (Ф.И.О.)