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.)