|  |
| --- |
| Директору МКОУ «Шаумяновская ООШ»  \_\_Махмудовой В. Г.\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Родителя (законного представителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающего по адресу:\_\_\_\_\_,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Заявление |

Прошу Вас организовать для моего ребенка индивидуальное обучение на дому (или на базе школы согласно индивидуальному расписанию) в период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_ г.

Основание: медицинская справка------------------------------------------------------

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

*(название медицинского учреждения и дата выдачи)*

Дата

Подпись