|  |
| --- |
| 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