Приложение № 1

к Положению об организации обучения обучающихся

МБОУ Авило-Успенской сош, нуждающихся в длительном лечении,

детей-инвалидов по основным общеобразовательным программам на дому

Директору МБОУ Авило-Успенской сош

 О.Н.Овчаренко

 (Ф.И.О.)

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. родителя (законного представителя)

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

(Ф.И.О. ребенка)

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

номер телефона^

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу организовать для моего

ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, год рождения ребенка)

обучение на дому в период с « » 20 г. по « » 20 г.

Основание: заключение медицинской организации, выданное « » 20 г.

К заявлению прилагаю копию заключения медицинской организации.

(наименование медицинской организации)

Дата

 /

(подпись) (Ф.И.О.)