

Директору МБОУ СОШ № 8
Капба О.С.

от _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Место регистрации: _____

Сведения о документе, подтверждающем статус законного
представителя (серия, №, дата выдачи, кем выдан)

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу организовать обучение моего(ей) сына (дочери)

фамилия, имя, отчество (полностью)

Обучающегося(ейся) _____ класса, нуждающегося(щейся) в длительном
лечении на дому (в медицинской организации) с _____ по _____
20 ___/20___ учебного года

Учебные занятия прошу проводить по адресу: _____

Заключение медицинской комиссии прилагается

С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о
государственной аккредитации, Уставом Муниципального бюджетного общеобразовательного
учреждения "Средняя общеобразовательная школа № 8" ознакомлен(а)

Дата _____

Подпись _____