|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Руководителю | | |
|  |  | | |
|  | (наименование образовательной организации) | | |
|  |  | | |
|  | (фамилия и инициалы руководителя образовательной организации) | | |
|  | 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) | | | | |
|  | | | | | | . | |
| (Ф. И. О. 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 организации прилагается.  С лицензией на осуществление образовательной деятельности, свидетельством о | | | | |
| государственной аккредитации, Уставом | |  | | |
|  | | (наименование образовательной организации) | | |
| ознакомлен (а). | | | | |
|  | | | | |
| Дата |  |  | Подпись |  |