

Директору МБОУ СОШ №2  
Сулеймановой М.Н.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(дата выдачи, кем выдан)

телефон \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу организовать обучение моего(ей) сына (дочери) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. полностью)

обучающегося(ейся) \_\_\_\_\_ класса, нуждающегося(ейся) в длительном  
лечении на дому (в медицинской организации) с \_\_\_\_\_  
по \_\_\_\_\_ учебного года

Учебные занятия прошу проводить по адресу: \_\_\_\_\_

Заключение медицинской организации прилагается.

С лицензией на осуществление образовательной деятельности,  
свидетельством о государственной аккредитации, Уставом МБОУ СОШ №2  
ознакомлен(а).

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_