Директору МБОУ «ТСШ № 1»

Агафоновой Нине Васильевне

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

ФИО родителя (законного представителя)

проживающего по адресу

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

зарегистрированному по адресу

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

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ.

|  |
| --- |
| Прошу организовать обучение на дому моего сына (моей дочери) |
|  |
| *фамилия имя отчество ребенка* |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, обучающегося (ейся) \_\_\_\_\_\_ класса «\_\_\_» |
| по адаптированной образовательной программе |
|  |
| *полное название образовательной программы* |
|  |
|  |
| по состоянию здоровья в период с |  |
|  | *указать период обучения в соответствии с медицинским заключением* |
|  |  |
| **Основание:** заключение медицинской организации |
|  |
| *полное наименование медицинской организации, выдавшей заключение* |
|  |
| *№ заключения медицинской организации* |
|  |
| *дата выдачи заключения медицинской организации* |

|  |
| --- |
| *С уставом, с лицензией на осуществление образовательной деятельности, со свидетельством о государственной аккредитации, с образовательными программами и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, права и обязанности обучающихся ознакомлен (ы)* |
| *Даю согласие на обработку персональных данных родителей (законных представителей) и персональных данных ребенка в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.* |
|  **«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.** |
|  |  |  |  |
|  | Подпись гражданина |  | расшифровка подписи |

УТВЕРЖДЕНО
приказом директора

МБОУ «ТСШ № 1»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Н.В. Агафонова

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ года

№ \_\_\_\_\_ п.\_\_\_

РАСПИСАНИЕ ЗАНЯТИЙ

ученика(цы) \_\_\_\_\_\_ класса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО обучающегося)

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

указать период обучения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| День недели | Время | Продолжительность занятия | Предмет | Учитель |
| Понедельник |  |  |  |  |
| Вторник |  |  |  |  |
| Среда |  |  |  |  |
| Четверг |  |  |  |  |
| Пятница |  |  |  |  |
| Суббота  |  |  |  |  |
| ВСЕГО |  | \_\_\_\_ часов |  |  |

С расписанием учебных занятий ознакомлены и согласны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (ФИО родителей (законных представителей))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (ФИО родителей (законных представителей))

Дата согласования расписания

с родителями (законными представителями) «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.