|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Директору МОУ «Захаровская СОШ № 2»  Александрову А.В.  От: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(ФИО родителя/законного представителя ребенка)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(контактный телефон)*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *адрес (электронной почты)* |
|  |  |  |

**заявление**

Прошу организовать обучение моего сына (дочери), обучаемой(го) \_\_\_\_\_\_\_\_ класса МОУ «Захаровская СОШ № 2» (Плахинского филиала им. А.В. Александрова МОУ «Захаровская СОШ № 2»):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Фамилия Имя Отчество /Отчество – при наличии/ обучающегося)*

в период с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. в дистанционной форме с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий.

Ответственность за жизнь и здоровье, а также обеспечение прохождения программы беру на себя. Гарантирую создание условия для обучения ребенка в дистанционном режиме и выполнение им заданий, назначенных учителем.

Я уведомлен(а) о необходимости предоставления медицинской справки о состоянии здоровья ребенка при возвращении в классно-урочную систему.

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

*Дата Подпись*