Директору
 МБОУ Кубинской СОШ№ 2 имени Героя Советского Союза Безбородова В.П.
 Даниловой О.В.
родителя (законного представителя)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
проживающего по адресу:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу принять моего ребёнка, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_, обучающегося \_\_\_\_\_\_\_ класса, в « Школу полного дня» МБОУ Кубинской СОШ № 2 имени Героя Советского Союза Безбородова В.П.

Дополнительно сообщаю, что мой ребёнок занимается в следующих организациях дополнительного образования:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Название организации дополнительного образования** | **День(и) недели** | **Время занятий** | **Направление дополнительного образования** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

С режимом работы школы полного дня ознакомлен(а).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_