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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_