

Директору МОУ Лицей № 9 Жигульской И.В.

\_\_\_\_\_

проживающей(его) по адресу:

Ул. \_\_\_\_\_

Д. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ ;д/т \_\_\_\_\_

**заявление.**

Прошу зачислить моего сына ( мою дочь),

\_\_\_\_\_, учащегося(уюся) \_\_\_ «\_\_\_» класса  
МОУ \_\_\_\_\_ (медицинская справка об отнесении к СМГ прилагается)

в специальную медицинскую группу центра «Здоровье» на базе МОУ Лицей № 9 для  
освоения образовательной программы «Физическая культура» в сетевой форме с  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

С уставом, лицензией на право ведения образовательной деятельности, свидетельством о  
государственной аккредитации, годовым календарным учебным графиком, информацией  
о реализации основных и дополнительных образовательных программ и другими  
нормативными документами, регламентирующими образовательный процесс,  
ознакомлен(а).

Дата: \_\_\_\_\_

подпись: \_\_\_\_\_

**Сведения о родителях ( для внесения информации в журнал учета посещаемости СМГ)**

(ФИО, место работы, телефон)

МАТЬ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ОТЕЦ: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

подпись: \_\_\_\_\_