Директору

МОБУ «Сясьстройская СОШ №1»

 С.А. Умновой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *ФИО родителя*

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

 *проживающего по адресу*

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

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

 *телефон*

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Настоящим уведомляю Вас, что мой ребенок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *(ФИО ребенка полностью)*

 обучающийся\_\_\_\_\_\_ класса не будет посещать образовательное учреждение в период с\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года по семейным обстоятельствам.

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 *( ФИО родителя (законного представителя) полностью)*

 Беру на себя ответственность за освоение образовательной программы, обеспечение компьютерной техникой, доступ в сеть Интернет, необходимые для организации обучения ребенка вне школы; посещение в полном объеме уроков по расписанию в режиме онлайн (например, zoom- конференции), а также за жизнь и здоровье своего ребенка на указанный в заявлении срок.

 Обязуюсь обеспечить контроль за посещаемостью уроков ребенком и выполнение выданных заданий. Я уведомлен (а) о том, что в случае непосещения урока (уроков) в режиме онлайн моим ребенком по неуважительной причине, в электронном журнале будут фиксироваться пропуски.

Прошу организовать проведение текущей и /или промежуточной аттестации за четверть/полугодие (нужное подчеркнуть).

Я ознакомлен (а), что в соответствии с письмом Минздрава России от 19.08.2020 года № 15-2/И/2-11861 по окончании срока обучения вне школы, необходимо предоставить справки из медицинского учреждения об отсутствии противопоказаний для посещения образовательной организации и об отсутствии контакта с инфицированными больными.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись расшифровка подписи

 Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_