|  |  |
| --- | --- |
|  | **ДИРЕКТОРУ МБОУ СОШ № 19 г. КОВРОВ**  **А.В. КЛИМОВИЧ**  родителя/законного представителя обучающегося (обучающейся) \_\_\_\_\_ класса  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО ребёнка)  (кого?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (паспорт серии \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**Прошу разрешить свободное посещение** учебных **з**анятий с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 и **организовать обучение дистанционно** на условиях освоения образовательных программ в полном объёме и при обычном текущем контроле качества обучения.

Ответственность за жизнь и здоровье, а также обеспечение прохождения программы беру на себя.

При возвращении в классно-урочную систему обязуюсь предоставить медицинскую справку о состоянии здоровья ребёнка.

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

Роспись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (расшифровка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_