Директору МБОУ ОЦ ЛОГОС

Д.В. Арчуговой

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

ФИО родителя (законного представителя)

+7\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон

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

e-mail для контакта

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу включить в число участников для проведения диагностики на выявление математических способностей у ребенка,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_.\_.20\_\_\_ г.р.,

(ФИО ребенка, число, месяц и год рождения)

зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_для последующего освоения образовательной программы начального общего образования с углубленным изучением математики в рамках проекта “Математическая начальная школа” «Математический 1 класс»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата Подпись