|  |
| --- |
| Директору МБОУ СОШ №2  им. В.Н. Михайлова  Киндт Э.В. |
| от |
| *(ФИО заявителя)* |
| проживающего(й) по адресу: |
|  |
| *(адрес заявителя)* |
| тел. |
| *(номер телефона заявителя)* |

Прошу Вас включить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, моего сына / дочь, обучающегося / обучающуюся (нужное подчеркнуть) в список участников диагностических процедур, проводимых в рамках формирования классов проекта «Математические классы Подмосковья. Математическая начальная школа» на 2025-2026 учебный год.

С Положением о классах с углубленным изучением отдельных (математических) учебных предметов «Математические классы Подмосковья.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись, ФИО)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)