

Директору
МБОУ «СОШ №2»

от _____

(ФИО заявителя)

проживающего(й) по адресу _____

_____ (адрес заявителя)

тел. _____

(номер телефона заявителя)

Прошу Вас включить _____,
моего сына / дочь, обучающегося / обучающуюся (нужное подчеркнуть)
_____ класса МБОУ «СОШ №2» в список участников диагностических
процедур, проводимых в рамках формирования классов проекта
«Математические классы Подмосковья» на 2025-2026 учебный год.

С Положением о классах с углубленным изучением отдельных
(математических) учебных предметов «Математические классы
Подмосковья» и порядком проведения диагностических процедур
ознакомлен (а).

_____ (подпись, ФИО)

_____ (дата)