

И. о. директора
МБОУ «Бужаниновская СОШ»
Баранихиной Е.А.

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 «Бужаниновская СОШ» 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)