

Директору
МБОУ Голицынской СОШ №2
Яковлевой О.В.

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 Голицынской 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)