|  |
| --- |
| Директору *МБОУ «Гимназия №17»* |
| 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 «Гимназия №17»* 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)