

Председателю конфликтной комиссии
МБОУ «СОШ с.Агишты Шалинского
муниципального района» в рамках
процедуры индивидуального отбора в
10 класс

(ФИО председателя конфликтной комиссии)

(фамилия, имя, отчество (последнее – при
наличии) заявителя либо уполномоченного
заявителем на основании доверенности
представителя)
проживающего(ей) по адресу:

(почтовый адрес места жительства)
контактный телефон:

АПЕЛЛЯЦИЯ

о несогласии с результатами индивидуального отбора в 10 класс

Прошу пересмотреть результаты индивидуального отбора в 10 класс
моего _____ ребенка

(указать фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения и место рождения)

Прошу рассмотреть апелляцию (нужное подчеркнуть):

- в моем присутствии;
- в моем присутствии и присутствии моего ребенка;
- без моего присутствия.

« ____ » _____ 20 ____ года

(подпись)

(расшифровка подписи)

Расписка-уведомление

Заявление и документы гражданина _____

Регистрационный номер заявления _____

Документы в количестве _____ штук на _____ листах

принял:

Дата _____

Ф.И.О. специалиста _____ Подпись специалиста _____