|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору Серебряковой С. В.  МОУ СОШ № 17 им. А.А. Герасимова  ФИО родителей (законных представителей)  Адрес регистрации: |
|  |  |

Заявление

Прошу подтвердить обучение моего сына/дочери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО ребенка), учащегося \_\_\_\_\_\_\_\_ класса в МОУ СОШ № 17 им. А. А. Герасимова для получения персонифицированной электронной транспортной карты.

Дата Подпись