

**АДМИНИСТРАЦИЯ ВЫБОРГСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
ОТДЕЛ ОБРАЗОВАНИЯ**

**Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение
средняя общеобразовательная школа № 605
с углубленным изучением немецкого языка
Выборгского района Санкт-Петербурга**

тел. факс:(812) 598-08-56 194352 Санкт-Петербург, пр. Просвещения 46-4

E-Mail: 605@shko.la

П Р И К А З

09.11.2020

№ 304

О возможности перехода на смешанное обучение

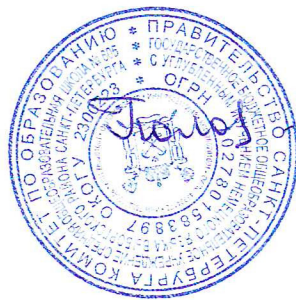
В связи с возможностью организации смешанного обучения

ПРИКАЗЫВАЮ:

Утвердить следующий алгоритм действия организации смешанного обучения учащихся:

1. Родители передают заявление (Приложение 1) об отсутствии обучающегося в школе классному руководителю любым удобным способом.
2. Классный руководитель в течение 2-х дней передает заместителю директора по УВР соответствующей параллели заявление родителей на отсутствие обучающегося.
3. Заместитель директора по УВР соответствующей параллели в течение 3-х дней собирает с каждого учителя информацию об организации аттестации по предмету за период отсутствия обучающегося. Составляет проект приказа о формах и периодичности аттестации обучающегося, передаёт в канцелярию школы.
4. Классный руководитель, в течение 2-х дней после издания приказа, доводит его до сведения родителей (законных представителей).

Директор



Е.Б.Поломошнова

Директору ГБОУ школа № 605
с углубленным изучением немецкого языка
Выборгского района Санкт-Петербурга
Поломошной Е.Б.

от _____

(фамилия, имя, отчество родителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Настоящим уведомляю Вас, что мой ребенок (Ф.И.О. ребенка) _____

обучающийся ____ «_____» класса, не будет посещать образовательное учреждение в период
с «_____» _____ 2020 г. по «_____» _____ 20 _____ г. по семейным
обстоятельствам.

Я, _____

(ФИО родителя),
беру на себя ответственность за освоение образовательной программы, а также за жизнь и
здоровье своего ребенка на указанный в заявлении срок.

Прошу организовать проведение аттестации за период отсутствия моего ребенка.

Обязуюсь при посещении школы моим ребенком предоставить две справки:

1. Справка от участкового педиатра об отсутствии заболевания COVID-19 у ребенка.
2. Справка об отсутствии контакта по COVID-19 в семье.

Подпись _____

Расшифровка подписи _____

Дата «_____» _____ 20 _____ г.