

Председателю конфликтной комиссии МБОУ  
«СОШ с. Дуба-Юрт 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 \_\_\_\_\_