Заведующему МАДОУ д/с №7

Н.В. Шеламовой

Родителя группы №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| (ФИО родителя) |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| (ФИО полностью, |

Заявление.

Прошу отдать медицинскую карту моего ребенка

|  |
| --- |
| дата рождения) |

|  |
| --- |
| (причина выбытия) |

в связи с

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  | Подпись |  | Расшифровка подписи |