

Заведующему муниципальным бюджетным дошкольным образовательным учреждением муниципального образования г. Краснодара «Детский сад комбинированного вида №177»  
(наименование образовательного учреждения (организации))  
Стрельцовой Ирине Васильевне  
(Ф.И.О. руководителя учреждения (организации))

\_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество без сокращений (последнее – при наличии) родителей (законных представителей)

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

\_\_\_\_\_  
Контактный телефон \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отчислить моего ребенка

\_\_\_\_\_  
Фамилия имя отчество (при наличии) ребенка (без сокращений)  
Дата рождения: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года;  
Место рождения \_\_\_\_\_  
Из группы \_\_\_\_\_ направленности  
в связи с \_\_\_\_\_  
(указать причину отчисления)

\_\_\_\_\_  
(Наименование принимающей организации)

\_\_\_\_\_  
В случае переезда в другую местность указать населенный пункт, муниципальное образование, субъект Российской Федерации, в которое осуществляется переезд

С « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_  
подпись родителя, законного представителя

Прошу выдать мне медицинскую карту

\_\_\_\_\_  
Фамилия имя отчество (при наличии) ребенка (без сокращений)  
Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_  
(подпись родителя, законного представителя)

Медицинскую карту получил(а)

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_  
(подпись родителя, законного представителя)