

Заведующему МБДОУ ДС № 29 «Солнышко»
г. Туапсе
С. А. Захаровой
Родителя (законного представителя)

(указать полностью Ф.И.О. законного представителя ребенка)
Проживающего(ей) по адресу: _____

(адрес фактического проживания: индекс, адрес)

Телефон _____

Заявление

Прошу отчислить моего ребенка

(Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) ребенка (полностью))
Дата рождения « _____ » _____ 20 _____ г. из группы _____

в МБДОУ ДС № 29 «Солнышко» г. Туапсе с « _____ » _____ 20 _____ г. в связи

медицинская карта ребенка получена на руки _____

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
(Подпись родителя (законного представителя) (инициалы и Фамилия родителя)