

Заведующему муниципальным
бюджетным дошкольным
образовательным учреждением
«Детский сад № 87 «Ласточка» города
Смоленска

Жернаковой Ирине Витальевне

родителя (законного представителя)

Ф.И.О. (при наличии)

Адрес места жительства (с индексом):

Контактные телефоны:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отчислить моего ребенка _____

Ф.И.О. (при наличии) ребенка, дата рождения

из общеразвивающей группы № _____ «_____»
муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения
«Детский сад № 87 «Ласточка» города Смоленска с «___» _____ 202_г.
в связи с _____

Прошу выдать медицинскую карту ребенка.

«___» _____ 20___ г.

подпись

- В случае переезда в другую местность родители (законные представители) обучающегося указывают в том числе населенный пункт, муниципальное образование, субъект Российской Федерации, в который осуществляется переезд.