

Заведующему МАДОУ МО г. Краснодар  
«Детский сад № 214»  
В.В. Новиковой

\_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) родителей (законных  
представителей) ребёнка

\_\_\_\_\_  
проживающего по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
адрес места жительства родителей (законных представителей)

\_\_\_\_\_  
Тел: \_\_\_\_\_  
контактный телефон родителей (законных представителей)

### ЗАЯВЛЕНИЕ об отчислении

Прошу отчислить моего ребёнка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребёнка без сокращений)

Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

из МАДОУ МО г. Краснодар «Детский сад № 214»

группы № \_\_\_\_\_,  
(указать направленность группы: (общеразвивающей, компенсирующей направленности)

в связи с \_\_\_\_\_  
указать причину: переезд-указать населенный пункт; СО; болезнь, другая причина

с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_  
подпись (расшифровка подписи)

Перечень документов, забираемых родителем (законным представителем), находящихся в личном деле воспитанника.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
дата \_\_\_\_\_  
подпись (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_  
подпись (расшифровка подписи)

Заведующему МАДОУ МО г. Краснодар «Детский сад № 214»

В.В. Новиковой

\_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) родителей  
(законных представителей) ребёнка

\_\_\_\_\_  
Проживающих по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
адрес места жительства родителей (законных представителей)

\_\_\_\_\_  
Тел: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
контактный телефон родителей (законных представителей)

### **ЗАЯВЛЕНИЕ на выдачу медицинской карты**

Прошу выдать медицинскую карту моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка без сокращений)*

Дата рождения: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., посещавшего МАДОУ МО г.  
Краснодар «Детский сад № 214» группу № \_\_\_\_\_ ,

в связи \_\_\_\_\_  
*(указать организацию, в которую выбывает воспитанник)*

\_\_\_\_\_  
*(в случае переезда в другую местность указать населённый пункт, муниципальное образование, субъект Российской Федерации в которую осуществляется переезд)*

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
дата подпись расшифровка подписи

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
подпись второго родителя расшифровка подписи

Медицинскую карту получил(а):

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
дата подпись расшифровка подписи

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
подпись второго родителя расшифровка подписи