

Заведующей муниципального дошкольного
образовательного бюджетного учреждения
детского сада № 7 г. Сочи

И.В.Чачиной

От _____

(Ф.И.О.заявителя)

Проживающего по адресу: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выдаче медицинской карты

Прошу Вас выдать на руки медицинскую карту на моего ребенка:

Фамилия, имя, отчество ребенка _____

Дата рождения (число, месяц, год) _____

Место рождения _____

Место проживания с указанием индекса: _____

(причина)

посещающего _____

(направленность возрастной группы)

Родители (законные представители)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

(родителя (законного представителя))

Проживающего по адресу

(с указанием индекса) _____

Контактный телефон _____

(число, месяц, год) (подпись Заявителя)

