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)