

Заведующему МБДОУ МО г. Краснодар  
«Детский сад № 197»

Н.А. Дударевой

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

(родителя (законного представителя))

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

об отчислении

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

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

из группы \_\_\_\_\_ направленности № \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение  
\_\_\_\_\_ муниципального образования город Краснодар «Детский сад  
\_\_\_\_\_ комбинированного вида № 197» с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
и выдать мне личное дело ребенка (медицинское заключение)\* в связи с:

- Переходом в школу № \_\_\_\_\_ (указать обязательно).
- Переводом в другое ДОО № \_\_\_\_\_ (указать обязательно).
- Переменой места жительства \_\_\_\_\_  
(указать город, район, субъект РФ в который переезжает).
- Состоянием здоровья \_\_\_\_\_.
- Другая причина \_\_\_\_\_.

Ответственность за вышеуказанную информацию возлагаю на себя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_

\* Медицинская карта выдается при отсутствии задолженности по оплате за присмотр и уход ребенка в ДОО и ПДОУ в МБДОУ МО г. Краснодар «Детский сад № 197»

