

Заведующему МАДОУ МО  
г. Краснодар «Детский сад № 95»  
А.А. Головач

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью

\_\_\_\_\_

проживающего по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ об отчислении

Прошу отчислить моего ребенка

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка полностью)

Дата рождения «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  
из МАДОУ МО г. Краснодар «Детский сад № 95»  
из группы \_\_\_\_\_

в связи с \_\_\_\_\_

(указать причину отчисления)

\_\_\_\_\_

*В случае переезда в другую местность указать населенный пункт, муниципальное образование, субъект Российской Федерации, в которую осуществляется переезд.*

с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Прошу выдать мне медицинскую карту \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка полностью)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись / расшифровка

Медицинскую карту получил(а)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись / расшифровка