

Заведующему МБДОУ МО г. Краснодар  
«Детский сад № 188»  
М.В. Московской

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (или законного представителя))

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Тел. \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
об отчислении из образовательной организации  
в связи с переводом в принимающую организацию

Прошу отчислить моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка без сокращений)

Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.; из МБДОУ МО г. Краснодар  
«Детский сад № 188» из группы № \_\_\_\_\_  
направленности с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

На основании \_\_\_\_\_  
(указать причину отчисления)

\_\_\_\_\_  
(наименование принимающей организации)

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

Прошу выдать мне личное дело моего ребенка

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество ребенка без сокращений)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя (или законного представителя))

Личное дело получил(а)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя (законного представителя))

Заведующему МБДОУ МО г. Краснодар  
«Детский сад № 188»  
М.В. Московской

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество родителя (или законного представителя))

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Тел. \_\_\_\_\_

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

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

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

Дата рождения: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., посещавшего МБДОУ МО г.  
Краснодар «Детский сад № 188» 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

Медицинскую карту получил(а):

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  
дата

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