

Заведующему МБДОУ д/с №17

И.М. Буданова

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя)

проживающего по адресу

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отчислить из муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения детский сад №17 муниципального образования Славянский район моего ребенка, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

посещающего \_\_\_\_\_ группу

(указать группу)

общеразвивающей/компенсирующей направленности (нужное подчеркнуть) и выдать на руки медицинскую карту в связи с выбытием по причине: \_\_\_\_\_

(по семейным обстоятельствам, в связи с переездом, в связи с уходом в школу)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)