|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ***Главному врачу*** |
| (должность руководителя организации) |
| ***МАУ ДГП № 13*** |
| (наименование организации) |
|  |  |  |  | ***С.С. Аверьяновой*** |
|  | (инициалы и фамилия руководителя) |
|  |
| от |  |
|  | (фамилия, инициалы родителя) |
|  | ***Паспортные данные:*** |
| (серия, номер) |
|  |
| (кем выдан, какого числа) |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***заявление***

Прошу передать медицинскую карту моего ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_года рождения, группа № \_\_\_, в школу №\_\_\_\_\_\_,

В связи с выбытием в школу № \_\_\_\_\_\_.

Район \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)