|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | ***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)