

Заведующему  
МБДОУ МО г. Краснодар «Детский сад № 169»  
Е.А. Вакуленко

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. (без сокращений родителя/законного представителя)

\_\_\_\_\_  
проживающего по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
контактный телефон: \_\_\_\_\_

### **ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**

#### **об отчислении по инициативе родителей**

Прошу отчислить моего ребенка \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка без сокращений)

Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

из МБДОУ МО г. Краснодар «Детский сад № 169», посещающего группу № \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ направленности  
(указать направленность группы общеразвивающая/компенсирующая)

**В СВЯЗИ С** \_\_\_\_\_  
(указать причину: в случае переезда в другую местность указать населенный пункт, муниципальное образование, субъект  
Российской Федерации в которую осуществляется переезд).

с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Медицинскую карту получил(а)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) (инициалы и фамилия)