

Руководителю Муниципального
автономного дошкольного
образовательного учреждения «Детский
сад № 29 общеразвивающего вида» г.
Сыктывкара

(фамилия, имя, отчество (при наличии)
руководителя)

от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя
(законного представителя))

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отчислить моего ребенка _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребёнка, дата рождения)

из _____ группы _____ направленности № _____
(наименование возрастной группы) (направленность группы)

Муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад
№ 29 общеразвивающего вида» г. Сыктывкара в связи

(причина отчисления)

Последний день посещения: _____.

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Согласие второго родителя (законного представителя) ребенка получено:

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)