Заведующему МБДОУ МО г. Краснодар
«Детский сад № 230» Колесниковой Т.С.

_____
ФИО родителя

_____
проживающего по адресу

_____
контактный телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать медицинскую карту моего ребенка _____ _____

группы № _____ в связи с _____ _____

Дата_____ _____

(подпись родителя)

Долга нет _____ О.Н. Ефремова

Остаток оплаты _____ Долг за платные услуги_____

Последний день посещения_____

Количество дней посещения _____ в _____ месяце

Подпись воспитателя_____