|  |
| --- |
| Начальнику  Управления дошкольного образования исполнительного комитета  Нижнекамского муниципального района  Андриановой С.А. |
|  |
| от |
| (**полностью** фамилия, имя, отчество) |
|  |
| (проживающей(его) по адресу) |
|  |
| (контактный телефон) |

Заявление

*Прошу Вас* ***перевести*** *моего ребенка из МБДОУ № \_\_\_\_ в МБДОУ № \_\_\_\_*

*на основании* ***направления*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(аллерголога, фтизиатра, уролога)***

*№ \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года*

Ф.И.О. ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Желаемый учебный год зачисления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа (русская, татарская): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ксерокопия направления врача прикладывается.***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***дата***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***подпись***