**Уважаемые родители!**

Ваш ребёнок выбывает из детского сада?

Вам необходимо:

1. Предоставить квитанцию о внесении родительской платы за текущий месяц.

2. Написать заявление об отчислении ребёнка и выдачи медицинской карты (образец прилагается).

Отчисление детей из Учреждения производится приказом директора ДОУ в следующих случаях:

- заявления родителей (законных представителей);

- наличие медицинского заключения о состоянии здоровья ребенка, препятствующее его дальнейшему пребыванию в Учреждении

(п. 3.7. Устава муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения Сладковского детского сада «Сказка» (с изменениями в новой редакции). См. на сайте учредительные документы

ЗАЯВЛЕНИЕ

 ОБ ОТЧИСЛЕНИИ РЕБЕНКА ИЗ МАДОУ «СКАЗКА»

 Директору МАДОУ «Сказка»

 Мороз А.А.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. законного представителя ребёнка)

заявление.

 Прошу отчислить моего ребёнка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

из МАДОУ «Сказка» по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать причину выбытия)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование принимающей организации. В случае переезда в другую местность родителей (законных представителей) обучающегося указывается в том числе населенный пункт, муниципальное образование, субъект Российской Федерации, в который осуществляется переезд.)

с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года и выдать медицинскую карту.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

 (подпись)