|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| И.о заведующего МБДОУ Д/с №27 «Кораблик» Гончаровой Елене ЮрьевнеОт родителя (законного представителя) |
| (ф.и.о.) |

ЗаявлениеПрошу сохранить место за моим ребенком\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)Воспитанника(цы) группы: «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» на период моего очередного отпуска с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г \_\_ (копию приказа прилагаю).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) (подпись) (Ф.И.О. заявителя) Обязуюсь после очередного отпуска предоставить следующие медицинские документы: справка от педиатра, справка об отсутствии инфекции по месту жительства, кал на я/глист, кал на диз. группу.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. заявителя) |
|

|  |
| --- |
| И.о заведующего МБДОУ Д/с №27 «Кораблик» Гончаровой Елене ЮрьевнеОт родителя (законного представителя) |
| (ф.и.о.) |

ЗаявлениеПрошу сохранить место за моим ребенком\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)Воспитанника(цы) группы: «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» на период моего очередного отпуска с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г \_\_ (копию приказа прилагаю).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (число, месяц, год) (подпись) (Ф.И.О. заявителя) Обязуюсь после очередного отпуска предоставить следующие медицинские документы: справка от педиатра, справка об отсутствии инфекции по месту жительства, кал на я/глист, кал на диз. группу. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. заявителя) |

|  |
| --- |
| И.о заведующего МБДОУ Д/с №27 «Кораблик» Гончаровой Елене ЮрьевнеОт родителя (законного представителя) |
| (ф.и.о.) |

Заявление

Прошу сохранить место за моим ребенком\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

Воспитанника(цы) группы: «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», в связи с введением режима повышенной готовности на территории РС(Я) и мерах по противодействию распространения новой короновирусной инфекции (2019-nCOv) с 18/03/2020 до периода официального снятия.

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

 (число, месяц, год) (подпись) (Ф.И.О. заявителя)

|  |
| --- |
| И.о заведующего МБДОУ Д/с №27 «Кораблик» Гончаровой Елене ЮрьевнеОт родителя (законного представителя) |
| (ф.и.о.) |

Заявление

Прошу сохранить место за моим ребенком\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

Воспитанника(цы) группы: «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», в связи с введением режима повышенной готовности на территории РС(Я) и мерах по противодействию распространения новой короновирусной инфекции (2019-nCOv) с 18/03/2020 до периода официального снятия.

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

 (число, месяц, год) (подпись) (Ф.И.О. заявителя)