|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему МБДОУ ДС № 95 Луптаковой И.В. родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ родителя (законного представителя) воспитанника) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу отчислить из муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 95 «Калинка», реализующего основную/адаптированную основную образовательные программы дошкольного образования, моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***,***

 ***(фамилия, имя, отчество (при наличии) воспитанника, дата рождения)***

посещающего группу № \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ направленности

 *(общеразвивающей/компенсирующей)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .*

*(для детей с задержкой психического развития/ для детей с тяжелыми нарушениями речи)*

и выдать его медицинскую карту и личное дело в связи с отчислением из МБДОУ ДС № 95 по причине\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 Дата отчисления из МБДОУ ДС № 95 «\_\_\_»\_\_\_20\_\_ г.

 «\_\_\_\_»\_\_\_20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 / подпись / /расшифровка подписи/