|  |
| --- |
| **Приложение № 2**  Заведующему МДОУ «Детский сад № 117»  (наименование учреждения)  Холодаевой Ольге Владимировне  (фамилия, имя, отчество заведующего)  От: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | имя | | Отчество |  | | |  | (родителя (законного представителя) | | | Проживающего по адресу: |  | |   Паспортные данные:№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан, дата, кем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | имя | | Отчество |  | | |  | (родителя (законного представителя) | | | Проживающего по адресу: |  | |   Паспортные данные:№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан, дата, кем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу сохранить место для моего ребенка |  |
|  |  |
|  | (Ф.И.О. полностью, дата и место рождения) |
| проживающего по адресу |  |
|  |  |
|  | (адрес места жительства ребенка) |

**Сведения о родителях:**

Ф.И.О матери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_

Ф.И.О.отца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

На время подготовки необходимой медицинской документации для поступления в МДОУ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |
| (подпись)  Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | (расшифровка подписи) |