

Директору МБОУ СОШ№15
им. Б.Н. Флёрова
Т.Ю. Мальгиновой
от _____
(Ф.И.О)

проживающего (ей) по адресу:

телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выдать медицинскую карту моего ребёнка

_____ ,
(Ф.И.О. и дата рождения ребенка)

в связи с необходимостью _____ .

(плановая прививка в поликлинике / манту)

Подпись _____
Дата _____