

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 ребёнка)

в связи с необходимостью _____.
(плановая прививка в поликлинике / манту)

Подпись _____

Дата _____