

Руководителю Муниципального  
автономного дошкольного  
образовательного учреждения «Центр  
развития ребенка - детский сад №17»  
г.Сыктывкара

Стерляговой Елене Михайловне

*(фамилия, имя, отчество (при наличии)  
руководителя)*

от \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя  
(законного представителя))*

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу отчислить моего ребенка \_\_\_\_\_  
*(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребёнка, дата рождения)*

из \_\_\_\_\_ группы \_\_\_\_\_ направленности № \_\_\_\_\_  
*(наименование возрастной группы) (направленность группы)*

муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения «Центр  
развития ребенка - детский сад №17» г.Сыктывкара в связи

\_\_\_\_\_  
*(причина отчисления)*

Последний день посещения: \_\_\_\_\_.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(подпись) (расшифровка подписи)*

Согласие второго родителя (законного представителя) ребенка получено:

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(подпись) (расшифровка подписи)*