Заведующему МБДОУ
детским садом № 65
Титковой С.В.

_____
(фамилия, имя, отчество заявителя, моб. телефон)

_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выдать медицинскую карту моего ребенка

_____
(фамилия, имя ребенка, дата рождения)

в связи с _____

_____

Задолженности по оплате не имею.

«____»_____20___г. _____
(подпись заявителя)