|  |
| --- |
| В муниципальное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 4 «Совенок» Ярославского муниципального района |
| от: |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
|  | (родителя (законного представителя) |
| Проживающего по адресу: |  |
|  |
| Контактный телефон |  |
| e-mail |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |
| --- |
| Я отказываюсь от предоставленного места моему ребенку: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. полностью, дата рождения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| в связи |  |
|  |  |
|  | (указать причину) |
|  |  |  |
| (подпись) | (расшифровка подписи) |
| “ |  | ” |  | 20 |  | г. |