

**Резолюция**

\_\_\_\_\_

Рег. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Заведующему МБДОУ «Сказка» с. Фрунзе  
Сакского района Республики Крым  
Кокаревой З.Г.

от \_\_\_\_\_

(ФИО заявителя, отчество при наличии)

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

серия: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(адрес фактического проживания)

Зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(место регистрации)

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу сохранить место за моим ребёнком, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения,

(ФИО ребенка, отчество при наличии)

в числе воспитанника муниципального бюджетного образовательного учреждения «Сказка»  
села Фрунзе Сакского района Республики Крым в \_\_\_\_\_

группы « \_\_\_\_\_ » на время с \_\_\_\_\_ по

(название группы)

\_\_\_\_\_ года, по причине \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(причина)

Я извещён(а), что согласно пункта 2.9.4 Санитарно-эпидемиологическими  
требованиями к устройству, содержанию и организации режима работы в дошкольных  
организациях, утвержденными постановлением Главного санитарного врача РФ № 28 от  
28.09.2020 (СанПиН 2.4.3648-20) после перенесенного заболевания детей принимают в  
дошкольные образовательные организации только при наличии медицинского заключения  
(медицинской справки).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
дата

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат 22023141085098361660399424309462323140649109851

Владелец Кокарева Зинфира Галиуловна

Действителен с 19.09.2022 по 19.09.2023