Главному врачу

_____

от законного представителя _____

Заявление

Прошу провести предварительный медицинский осмотр

1. Фамилия, Имя, Отчество ребенка:_____

2. Дата рождения:_____

3. Адрес места жительства:_____

4 .Полное наименование медицинской организации, адрес её места нахождения: Муниципальное автономное

5. Полное наименование и тип образовательного учреждения, в котором будет обучаться несовершеннолетний,
адрес его места нахождения_____
_____
_____

6.Полис обязательного медицинского страхования: серия _____№_____

Страховая медицинская организация:_____

7.Контактный телефон:_____

8. Свидетельство о рождении ребенка: серия_____№_____

Паспорт: серия_____№_____

Выдан_____

Дата_____

_____/_____/

Подпись (Ф.И.О.)