

Заведующему  
МБДОУ « Центр развития ребенка №19»  
Лапшиной Нине Михайловне  
От

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

*родителя (законного представителя) ребенка*

Реквизиты документа, удостоверяющего личность родителя  
(законного представителя) ребенка

\_\_\_\_\_

*(наименование документа, номер, серия, дата выдачи, кем выдан)*

Номер телефона (при наличии): \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты (при наличии): \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу приостановить действие Договора об образовании по образовательным программам  
дошкольного образования \_\_\_\_\_

*(Ф.И. число, месяц, год рожд., ребенка)*

Посещающего группу № \_\_\_\_\_ на период отпуска/временного отсутствия с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_