

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.)