|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Директору ГБПОУ «Чайковский медицинский колледж»Т.А. Козловой |
|  |  |  |
|  |  | Ф.И.О |
|  |  | законного представителя обучающегося  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | Контактный тел: |  |

заявление.

Прошу Вас отчислить моего сына (дочь), Ф.И.О., дата рождения. С отчислением согласен (на).

Соответствующие документы прилагаются:

1. Справка Образовательной организации о гарантии зачисления.
2. Выписка из Постановления комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись)