

Заведующему амбулаторией (медицинской)  
федерального государственного  
бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Московская государственная  
академия хореографии»  
19146, г. Москва, 2-ая Фрунзенская ул., дом 5

от законного представителя (родителя)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя  
несовершеннолетнего лица)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(паспортные данные: серия, номер, кем, когда выдан, код подразделения)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(реквизиты свидетельства о рождении с приложением копии к настоящему заявлению:  
серия, номер, кем выдано, дата, регистрационный номер)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(контактная информация:  
телефон домашний, мобильный, адрес электронной почты)

## З А Я В Л Е Н И Е

### о проведении медицинского осмотра несовершеннолетнего лица

Прошу провести медицинский осмотр моего несовершеннолетнего ребенка.  
Вид осмотра: предварительный/очередной/внеплановый (нужное подчеркнуть).  
ФИО несовершеннолетнего, поступающего (обучающегося) в Академию:

\_\_\_\_\_  
Дата рождения: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Адрес места жительства несовершеннолетнего, поступающего (обучающегося) в  
Академию \_\_\_\_\_

Реквизиты (серия, номер, страховая медицинская организация) полиса обязательного  
медицинского страхования.

Подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Расшифровка подписи \_\_\_\_\_