

**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 _____