

**Направление  
в медицинское учреждение**

Для прохождения медицинского осмотра

направляется \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя ребенка)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Основание: выделение места в СОШ п. Сорум в группу  
дошкольного образования « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Директор \_\_\_\_\_ М.А. Степанова  
МП

**Направление действительно в течение 10 дней.**

В случае несвоевременного прохождения медицинского обследования или неявки ребенка в образовательное учреждение в установленные сроки без уважительной причины (болезнь) место перераспределяется следующему, состоящему в списке очередности.

\_\_\_\_\_

**Направление  
в медицинское учреждение**

Для прохождения медицинского осмотра

направляется \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя ребенка)

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Основание: выделение места в СОШ п. Сорум в группу  
дошкольного образования « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Директор \_\_\_\_\_ М.А. Степанова  
МП

**Направление действительно в течение 10 дней.**

В случае несвоевременного прохождения медицинского обследования или неявки ребенка в образовательное учреждение в установленные сроки без уважительной причины (болезнь) место перераспределяется следующему, состоящему в списке очередности.

\_\_\_\_\_