Заведующей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей в интересах

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, (ФИО), мать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.), действуя в интересах ребенка, прошу Вас не допустить нарушение прав моего ребенка в (сад название, номер)\_\_\_\_\_ и положений федерального законодательства.

ДАЛЕЕ ВЫБИРАЕМ:

Настоящим подтверждаю, что я предупрежден(а) о наличии определенного риска бытовой иммунизации моих детей, а так же риска вакциноассоциированного паралитического полиомиелита (ВАПП) в связи с присутствием в группе привитых живой вакциной против полиомиелита детей, со статистикой регистрации ВАПП в России ознакомлена, и всю ответственность беру на себя, согласна, чтобы дети продолжали посещать детский сад и ходить в свои группы.

ИЛИ:

Прошу предоставить возможность моим детям посещать те группы детского сада, в которых вакцинация живой вакциной против полиомиелита не проводится, либо сформировать такую группу в целях соблюдения права моих детей на получение образования.

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С уважением, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_