

Форма для граждан Республики
Казахстан, постоянно проживающих
на территории Республики Казахстан

Директору
(Главному врачу)

(наименование организации для
детей-сирот и детей, оставшихся
без попечения родителей)
от _____ № _____

Направление
на знакомство с ребенком для граждан Республики Казахстан,
постоянно проживающих на территории Республики Казахстан
(действительно только в указанный день знакомства)

Выдано кандидатам в усыновители _____,
Ф.И.О. (при его наличии)
зарегистрированным в качестве кандидатов в усыновители заключением
№ _____ от _____ 20 _____ года на знакомство с ребенком _____,
Ф.И.О. (при его наличии)

номер анкеты.

Дата и время посещения ребенка: «__» _____ 20__ года в _____ часов.

Адрес и телефон организации для детей-сирот и детей, оставшихся без
попечения родителей, в котором воспитывается ребенок:

Внимание! Если знакомство с ребенком состоялось, сотрудник
организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей,
должен подтвердить факт знакомства до 18:30 час. текущего дня.

В случае, если сотрудник организации для детей-сирот и детей, оставшихся без
попечения родителей, не подтвердил факт знакомства, просим информировать по телефонам:
8 (7172) 74-21-54, 8 (7172) 74-23-41 (с 9:00 до 18:00 часов).
