

Директору ГБОУ СОШ № 236
Фрунзенского района Санкт-Петербурга
имени Героя Советского Союза Ивана Морозова
К.Ю. Самойлович

от _____

проживающий по адресу:

тел. _____

Заявление

Прошу произвести перерасчет по оплате дополнительных платных образовательных услуг по программе _____

(наименование услуги)

за _____ года за моего ребенка
(месяц)

_____,
(Ф.И.О. обучающегося)

в связи с его (её) отсутствием на занятиях с «___» _____ 20____ г. по «___» _____ 20____ г.

Копия медицинской справки, подтверждающая право на перерасчет, прилагается.

«___» _____ 20____ г.

(подпись)

(расшифровка)