

Директору
МАОУ «Школа № 96 Эврика-Развитие»
Зинаиде Алексеевне Гринько

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя))

(адрес регистрации)

(адрес места жительства)

(документ, удостоверяющий личность, номер, серия, кем, когда выдан)

(телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести перерасчет платных образовательных услуг моему ребёнку _____

(Ф.И.О. ребёнка)

обучающемуся в _____ классе МАОУ «Школа № 96 Эврика-Развитие» в связи с непосещением занятий по причине болезни, (отпуск) с _____ по _____ по следующим программам платных образовательных услуг:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Справка прилагается

« _____ » _____ 20__ г.

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

**Перерасчет предоставляется с момента предоставления справки по болезни (2 недели и более) в течение 10 рабочих дней после выписки*