

Директору МБОУ «СОШ № 31»
Л. О. Маликовой

Ф.И.О. (при наличии) родителя (законного представителя)

несовершеннолетнего лица учащегося

адрес места жительства

контактный телефон

Заявление

Прошу произвести перерасчет по оплате платных дополнительных образовательных услуг
за _____ месяц 20____ года по договору № _____ в связи с болезнью моего ребенка

Фамилия, имя, отчество учащегося/ребенка

Прилагаю документ _____, подтверждающий
наименование документа

право на перерасчет.

«_____» _____ 20____ г.

подпись

расшифровка