

от _____
(Ф.И.О родителя, законного представителя)

Заявление

Прошу произвести перерасчет платы по договору № _____
от _____ за предоставляемые дополнительные платные
образовательные услуги, обучающемуся (**ФИО ребенка полностью**):

Объединение ЦДОД/класс _____

В связи с болезнью в период с _____ по _____,

(основание - медицинская справка).

Дата: « ____ » _____ г.

Подпись Заказчика: _____ / _____ /