

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**):

Наименование объединения ЦДОД/класс _____

В связи с болезнью в период с _____ по _____,

(основание - медицинская справка, копию прилагаю).

Дата: «____» _____ Г.

Подпись Заказчика: _____ / _____ /