

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Я,

\_\_\_\_\_,  
фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка  
действующий как законный представитель ребенка

\_\_\_\_\_  
(Ф.И., год рождения)

прошу произвести перерасчет за не оказанную платную дополнительную услугу по

\_\_\_\_\_  
(указать предмет, курс, дисциплину или иную образовательную услугу)

в связи с (болезнью, лечением) \_\_\_\_\_

с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 201\_ года по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 201\_ года.

Копию справки из медицинского учреждения прилагаю.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(дата) (подпись) (И.О.Фамилия)

Директор \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
подпись Ф.И.О.

м.п.