

ФОРМА

Директору ГБОУДО «ДДТ на Таганке»
Лазаревой Н.А.

от _____
(ФИО полностью)

_____ (мобильный телефон)

Заявление

Прошу произвести перерасчет размера оплаты за образовательную услугу в объединении/кружке _____ по расписанию _____ (указать дни недели) за период с «__» _____ 201__ г. по «__» _____ 201__ г. в связи с тем, что (указать период болезни обучающегося на основании больничного листа/справки)

_____ (указать ФИО обучающегося, который отсутствовал на занятиях по причине болезни),

_____ (номер листа нетрудоспособности по уходу за больным ребенком или справки, выданной лицензированным медицинским учреждением)

приложенный к настоящему заявлению.

_____ (дата)

_____ (подпись)