

Директору МБОУ СОШ № 19

С.А. Шириной

(Ф.И.О. директора)

родителя (законного представителя), ненужное

зачеркнуть

фамилия _____

имя _____

отчество _____

Место регистрации

Город _____

Улица _____

Дом _____ корп. _____ кв. _____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,

фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка

действующий

как

законный

представитель

ребенка

(Ф.И.О., год рождения)

прошу произвести перерасчет за неоказанную платную образовательную услугу по
общеразвивающей программе _____

по причине _____ с _____ 20__ года

(болезни, выезд за пределы города и др. причины)

по _____ 20__ года.

Копию _____ подтверждающие причину

(справка из медицинского учреждения, билеты и др. документы)

отсутствия прилагаю.

дата

подпись

ФИО