

Руководителю ОСП

ОТ _____
(фамилия, имя, отчество)

проживающего по адресу:

тел. +7 (____) _____

e-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести перерасчет платы за услуги, предоставляемые моему ребенку _____,
(фамилия, имя, отчество ребенка)

в связи с его временным отсутствием по болезни с "___" _____ 20__ г.
по "___" _____ 20__ г. на занятиях в кружке (секции, студии,
клубе, пр.) _____.

Справка из медицинского учреждения прилагается.

"___" _____ 20__ г.

(подпись) / _____
(фамилия, имя, отчество)

Количество пропущенных занятий - _____

(подпись руководителя кружка)