Директору ГБОУ школа № 100 Калининского района Санкт-Петербурга Лудковой О.А.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, инициалы заявителя )

Заявление

Прошу произвести перерасчет оплаты за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по платным (месяц и год)

образовательным услугам моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия имя) ученика\_\_\_\_\_\_\_\_ (класс) в связи с непосещением занятий по болезни, согласно справки. Справка прилагается.

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

 (подпись)