

Директору МАУК «СКЦ»

Сергеевой О.Н.

от _____
(ф.и.о. родителя/законного представителя)

Конт. телефон _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу сделать перерасчет стоимости платных услуг

_____,
(название студии)

Моему ребенку(мне) _____

в связи с тем, что ребенок находился на больничном/ санаторно-курортном лечении / учебном отпуске (нужное подчеркнуть)

с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

К заявлению прилагается

- Оригинал медицинской справки
- Оригинал медицинской справки с медицинским отводом от физических нагрузок
- Оригинал справки лечебно-курортного учреждения/ проездные документы
- Оригинал справки-вызов учебного учреждения

«___» _____ 20__ г. _____ / _____ |

(Подпись)

(Расшифровка)