

Директору ГБУ ДО ДДТ «Современник»
Выборгского района Санкт-Петербурга
Козловой Н.А.

от _____

Заявление

Прошу произвести перерасчет за дополнительные платные образовательные услуги обучающемуся _____

(Фамилия, имя ребенка)

в объединении _____

(Название программы)

в связи с его (её) болезнью в период с «_____» _____ 20____ года по «_____» _____ 20____ года.

Основание: медицинская справка.

Дата: «___» _____ Г.

_____ (_____)

(подпись)

(расшифровка подписи)