

Директору ГБОУ СОШ №12
с углубленным изучением английского языка
Шведовой Д.А.

от _____
(Ф.И.О. родителей уч-ся)

(Ф.И. уч-ся, класс)

Заявление
(на перерасчет оплаты)

Прошу произвести перерасчет по договору №____ на оказание платных образовательных услуг
по курсу: _____

За период с «__» ____ 20__ г. по «__» ____ 20__ г. по причине болезни*

Дата: «__» ____ 20__ г.

Подпись: _____ / _____ /
(расшифровка)

*справка о болезни прилагается