

Директору ГБОУ Романовская школа

Щипковой Т.Ю.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ.

В соответствии с договором об оказании платных дополнительных образовательных услуг (п.6.6). Прошу произвести перерасчёт оплаты за моего

ребенка \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя ребенка)

посещающего объединение платного дополнительного образования

\_\_\_\_\_,

(название объединения)

в связи с отсутствием ребёнка на занятиях по причине его болезни

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_,

Копию справки о болезни к данному заявлению прилагаю.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_