

Директору МОБУ СОШ №4
им. В.Ф. Подгурского
Евсеевой Л.Ю.

(ФИО полностью)
проживающего(ей) по адресу:
_____ г. Сочи, _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу произвести перерасчет денежных средств в связи с болезнью моего сына/моей дочери

_____, _____ года рождения,

ФИО (полностью)
обучающегося/обучающейся в группе платных дополнительных образовательных услуг

(название)

в период с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

Медицинские документы (справка) прилагаются.

«__» _____ 20__ г.

Подпись _____ / _____ /