

Директору
ГБОУ СОШ № 84 им.П.А.Покрышева
Петроградского района Санкт-Петербурга
С.И. Тарасовой

от _____

(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего лица, зачисляемого
на обучение)

проживающей (щего) по адресу:

Телефон: _____

Заявление

Прошу произвести перерасчет платных образовательных услуг по договору № _____
от «___» _____ 20__ г. на период с «___» _____ 20__ г. по
«___» _____ 20__ г.

обучающемуся: _____

(ФИО ребенка)

ученика (цы) ____ «___» класса ГБОУ _____, зачисленного на платную
образовательную услугу по предоставлению дополнительной общеразвивающей
программы

«_____»,

(наименование дополнительной общеразвивающей программы)

в связи с болезнью более ____ календарных дней/отпуском одного или обоих родителей
(законных представителей)/пребывания в санаторно-курортном или оздоровительном
учреждении (нужное подчеркнуть).

Подтверждающий документ _____ прилагаю:.

Дата: «___» _____ 202__ г.

Подпись Заказчика: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)