

Директору СПб ГБУ ДО «ДШИ»

Красносельского района

Кугаевскому Н.А.

от _____
матери/отца (законного представителя) обучающегося

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести перерасчёт оплаты платной образовательной услуги по
программе _____
(название услуги)

в связи с непосещением занятий _____
(даты пропущенных занятий, их общее количество)

моим ребёнком _____
(фамилия, имя, отделение(музыкальное/художественное))

по причине его болезни с _____ по _____
(даты болезни по справке)

Копию справки о болезни и копию квитанции о произведённой оплате за указанный период болезни прилагаю.

« ____ » _____ 20__ г.

_____/_____
подпись / расшифровка подписи