

Директору МБОУ ДО «ЦДТ»
г. Томари Сахалинской области

А.Л. Аполониной

ФИО

родителя

(законного

представителя) ребенка или учащегося,

заключившего договор

телефон

Заявление.

Прошу произвести перерасчет оплаты за обучение по договору об оказании платных

образовательных услуг

моего ребенка (меня) - Ф.И.О. (полностью)

по программе _____

наименование образовательной программы

в связи с _____

указать причину пропуска занятий

Прилагаю подтверждающие документы _____

медицинская справка, проездные документы

Дата

Подпись

Расшифровка подписи