Директору

 МБОУ гимназии № 59

 В.А.Коноваловой

 от родителя

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Фамилия, И.О. родителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

на перерасчет стоимости платных образовательных услуг

 Прошу произвести перерасчет стоимости платных образовательных услуг моему сыну (дочери) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в следующем отчетном периоде:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с отсутствием на занятиях по причине болезни,

другое (указать причину): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в период (указать период отсутствия):**\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_г. - \_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ г.**

Ксерокопии документов, подтверждающих отсутствие, прилагаются.

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Подпись