

Директору ГАНОУ СО
«Губернаторский лицей»
Климовских И.А.

от _____

(ФИО законного представителя)

Тел. _____

Заявление

Прошу произвести перерасчет ежемесячной платы по договору

№ _____ от « _____ » _____ 20__ года

название программы / секции _____

ФИО обучающего / потребителя _____

в связи с больничным в период с « _____ » _____ 202__ г. по « _____ » _____ 202__ г.

Медицинская справка / копия медицинской справки прилагается.

_____ / _____

Подпись

ФИО

« _____ » _____ 202__ г.

Заявление принято « _____ » _____ 202__ года

Подпись _____ / ФИО _____

Комментарий _____

Стоимость услуг по договору снижена на _____ рублей

Подпись _____ / ФИО _____