Директору МАОУ «СОШ №25»

О.Л. Чеклецовой

от родителя

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

(Фамилия, И.О. родителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

на перерасчет стоимости платных образовательных услуг

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

по курс(ам) в следующем отчетнолм периоде (месяце/2 полугодие/след.уч.год):

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

в связи с отсутствием на занятиях по причине (нужное подчеркнуть): болезни, отпуска совместно с родителями более двух недель,

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

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

Ксерокопии документов, подтверждающих отсутствие, прилагаются.

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Подпись