

Директору МБОУ Школа № 36 г.о. Самара

Шинкаревой Марине Александровне

гр. _____

_____,
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью)

проживающ _____ по адресу: _____

паспорт _____

контактный телефон: _____

Заявление

В соответствии с пунктом 3.4. Договора о возмездном оказании платных образовательных услуг № _____ от __.__.20__ прошу произвести перерасчет стоимости услуги (в размере 50% от ежемесячной стоимости услуги) по спецкурсу _____, учитель _____, за _____ месяц 20__ г., в связи с пропуском моим ребенком _____,

(фамилия, имя ребенка полностью)

обучающимся _____ класса, более половины занятий по уважительной причине.

Копия справки медицинского учреждения прилагается.

(дата)

(подпись заявителя)