

Заведующему Государственного бюджетного дошкольного
образовательного учреждения детский сад № 106
комбинированного вида Невского района Санкт-Петербурга
Макеевой Любови Григорьевне

от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)

Контактные телефоны: _____
Адрес электронной почты _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу сделать перерасчет оплаты за оказание платных образовательных услуг

Моему ребенку _____
(Ф.И. ребенка Группа)

в связи с его (её) отсутствием на занятиях «____» _____ 202__ г

«____» _____ 202__ г

«____» _____ 202__ г

«____» _____ 202__ г

Копия справки прилагается.

Дата: _____

Подпись _____