

Директору ГБОУ СОШ № 306
с углубленным изучением
английского языка
Адмиралтейского района СПб
Мушкудиани И.Г.

от _____
(фамилия, имя, отчество)

Заявление

Прошу произвести перерасчет по оплате дополнительных платных образовательных услуг за _____ месяц 20____ года по договору № _____ в связи с длительной болезнью ребенка _____
(фамилия, имя, отчество)

обучающегося _____ класса.

Прилагаю документ _____, подтверждающий
(наименование документа)
право на льготу.

« ____ » _____ 20____ г.

Подпись