

И.о. директора ГБОУ гимназия №631  
Приморского района Санкт-Петербурга  
Тумашевич Л.А.

от \_\_\_\_\_  
(ФИО и статус законного представителя несовершеннолетнего)

\_\_\_\_\_  
(ФИ несовершеннолетнего)

ученика(цы) \_\_\_\_\_  
(Класс)

### Заявление

Прошу произвести перерасчёт стоимости по дополнительным платным услугам:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

в связи с болезнью \_\_\_\_\_,  
(ФИО несовершеннолетнего)

учащегося \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» класса.

Период болезни с "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подтверждаю, что я информирован(а) о содержании п. 3.1.5 и 4.5 договора на оказание дополнительных платных образовательных услуг и выбираю между оказанием консультаций и перерасчетом - перерасчет.

Претензий к качеству оказания услуги исполнителем ввиду невыполнения программы учащимся в полном объеме не имею.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись / ФИО)

Приложение:

1. Копия медицинской справки на 1 л., в 1 экз.