Директору ГБОУ гимназия №631

Приморского района Санкт-Петербурга

Топуновой М.К.

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.