

Директору ГБОУ СОШ № 252
Красносельского района Санкт-Петербурга
Романенко С.А.
(от) _____
проживающей(го) по адресу:

тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести перерасчет по программе платных образовательных услуг _____

(название программы)

(ФИО ребенка)

В связи с днями болезни с _____ по _____

Копию медицинской справки прилагаю.

« _____ » _____ 20__ г.

_____ / _____ /