

от _____
(ФИО заказчика/ совершеннолетнего потребителя)

Заявление

Прошу сделать перерасчет платы за _____ (месяц) 20__ года по причине
болезни _____ (ФИО ребенка),
занимающей (его) ся в _____ (название коллектива)
с _____ по _____ (период болезни).

Количество пропущенных занятий в Сентябре составляет _____ (количество).

Количество пропущенных занятий в Октябре составляет _____ (количество).

Дата: _____

Подпись _____ / _____

Контактный тел. _____

Сотрудник принявший справку : _____