

Произвести: перерасчет СОГ  
в/б-т платные услуги

Директору Спортивной школы № 6 города Костромы  
Л. Е.Ерёминой

Директор Л.Е. Ерёмина

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Телефон \_\_\_\_\_

### З А Я В Л Е Н И Е (С.О.Г.)

Прошу Вас произвести перерасчет за \_\_\_\_\_ месяц, в связи с болезнью моего  
ребенка \_\_\_\_\_,

(фамилия имя отчество полностью)

группа № \_\_\_\_\_, тренер \_\_\_\_\_

(фамилия имя отчество полностью)

справка № \_\_\_\_\_, дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года прилагается.

Перерасчет с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)