

Произвести: перерасчет  
в/б-т платные услуги

Директор \_\_\_\_\_ А.А. Фёдоров

Директору Спортивная школа олимпийского  
резерва № 6 города Костромы А.А. Фёдорову

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

Телефон \_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ (С.О.Г.)  
на перерасчет по болезни

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)