

Произвести: перерасчет
в/б-т платные услуги

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

Директор _____ А.А. Фёдоров

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

Телефон _____

З А Я В Л Е Н И Е (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)