

Директору МАУДО Одинцовской ДШИ
«КЛАССИКА» Т.А. Ферафонтовой

от _____

Телефон: _____

e-mail: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести перерасчет по оплате за обучение моего ребенка

_____ (Фамилия и имя учащегося)

отделение /группа/инструмент _____

расписание занятий (Пример: Пон-к и Среда) _____

Период болезни с _____ 20 ____ года по _____ 20 ____ года.

с _____ 20 ____ года по _____ 20 ____ года.

Медицинская справка (оригинал, заверенный 2-мя печатями и подписью лечащего врача) к заявлению прилагается.

Дата : _____ 20 ____ года.

Подпись: _____

При подаче заявления и медицинской справки в учебную часть до 15 числа текущего календарного месяца (включительно) перерасчет по оплате за обучение производится за текущий календарный месяц. При подаче заявления и медицинской справки в учебную часть после 15 числа текущего календарного месяца перерасчет по оплате за обучение будет произведен в следующем календарном месяце.