

Зам. директору ГБОУ Школа № 2083
М.Ю. Кабанову

от заявителя-родителя/законного представителя
(выбранное подчеркнуть)

Ф.И.О. _____

(мать, отец, законный представитель)
(выбранное подчеркнуть)

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести перерасчет пропущенных занятий в системе платных образовательных услуг: _____ кружок « _____ », в связи с болезнью моего сына (дочери)

за период с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.*

Дата:

_____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

* 2.1. В случае пропуска Обучающимся занятий по болезни **более 14 календарных дней подряд**, Обучающийся имеет право на перерасчет оплаченных услуг при условии своевременного сообщения об этом (в первые три дня пропуска) педагогу дополнительного образования платных образовательных услуг с последующим представлением Заказчиком

Исполнителю документов:

- заявления;

- медицинской справки о временной нетрудоспособности ребенка по болезни, в случае обслуживания вне медицинской организации, входящей в государственную систему здравоохранения города Москвы. Указанные в настоящем пункте документы могут быть предоставлены посредством отправки на электронную почту:

zayavlenie.spravka@ok2083.ru.

(ПОЛОЖЕНИЕ об условиях и порядке перерасчета оплаты за платные услуги)