Директору МАОДО

«Детская школа искусств им.А.В.Ливна»

Солониной Т.И.

 Ф.И.О. родителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В связи с пропусками занятий по болезни (отпуску) с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Прошу Вас произвести перерасчет за обучение моего ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_за \_\_\_\_\_\_\_\_\_месяц 20\_\_\_\_г

обучающегося на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделении

преподаватель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Подтверждающие документы прилагаю.***

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_