

Заведующему
МАДОУ МО г. Краснодар
«Детский сад № 6»
Мироненко Татьяне Викторовне

(фамилия, имя отчество родителя)

Заявление о перерасчёте родительской оплаты

Я, _____
(фамилия, имя отчество родителя)

_____,
являясь законным представителем воспитанника _____

(фамилия, имя ребёнка, дата рождения)

прошу Вас осуществить перерасчёт родительской оплаты за посещение моим ребёнком МАДОУ МО г. Краснодар «Детский сад № 6» с «_____» _____ по «_____» _____ 20_____ года, в виду наличия у ребёнка заболевания, подтверждённого справкой медицинской организации (справка прилагается).

«_____» _____ 20_____

(роспись родителя)