

Заведующему МАДОУ МО г. Краснодар  
«Центр – детский сад № 110»  
Болотова И.Н.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество родителя (или законного представителя)  
проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
тел. \_\_\_\_\_

### заявление

Прошу произвести перерасчет по оплате за присмотр и уход, в муниципальном автономном дошкольном образовательном учреждении муниципального образования г. Краснодар «Центр – детский сад № 110» моему ребенку \_\_\_\_\_, посещающего группу № \_\_\_\_\_ за период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. на основании справки по болезни.

К заявлению прилагаю:

1. Справку за период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись