

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