Директору МБОУ СОШ №44\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чаппаровой Римме Сабитовне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(ФИО законного представителя)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Контактный телефон)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу произвести перерасчет за не оказанную моему ребёнку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ платную образовательную услугу

*(Фамилия и имя ребёнка)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать образовательную услугу)*

в связи с пропуском \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать причину (болезнь, лечение, отпуск или иные обстоятельства)*

с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.

Копия подтверждающего документа прилагается.

Даю согласие на использование и обработку персональных данных в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 № 152-фз «О персональных данных»

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)