Заведующему МБДОУ МО
г. Краснодар «Детский сад № 55»
Ольге Владимировне Бехелевой
от _____
_____
_____
фамилия, имя, отчество родителя (или законного представителя)
проживающего по адресу:
_____
_____
_____
тел. _____
(с кодом города / сотового оператора)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу произвести перерасчет по оплате за присмотр и уход, в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении муниципального образования г. Краснодар «Детский сад № 55» моему ребенку _____, посещающего группу № _____ за период с «___» _____ 20___ г. по «___» _____ 20___ г. на основании справки по болезни.

К заявлению прилагаю:

1. Справку за период с «___» _____ 20___ г. по «___» _____ 20___ г.

«___» _____20___ г. _____
подпись