

Заведующему  
МБДОУ МО г. Краснодар  
«Центр – детский сад № 173»  
Каменевой И.А.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью)

\_\_\_\_\_  
проживающего по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
контактный телефон \_\_\_\_\_

# ОБРАЗЕЦ

## З А Я В Л Е Н И Е

о перерасчете родительской платы

Прошу произвести перерасчет родительской платы за моего ребенка

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

группа № \_\_, на основании медицинской справки от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

в период болезни с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Диагноз: \_\_\_\_\_.

Медицинская справка прилагается.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)