СОГЛАСОВАНО: Директору МБОУ гимназия

 «Лаборатория Салахова»

 Т.В. Кисель

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись и расшифровка подписи руководителя)

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО заявителя полностью)

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(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)