

Заведующему МАДОУ МО г. Краснодар  
«Центр - детский сад №182»

от \_\_\_\_\_  
проживающей (его) по адресу: г. Краснодар

Тел: \_\_\_\_\_

### З а я в л е н и е

Прошу произвести перерасчет родительской платы на основании  
медицинской справки:

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ № группы \_\_\_\_\_, на период с « \_\_\_\_ »  
\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Справка прилагается.

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Подпись, фамилия и инициалы)

