МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА
ЦЕНТЪР ЗА СПЕЦИАЛНА ОБРАЗОВАТЕЛНА ПОДКРЕПА- ГР. ШУМЕН
9700 гр. Шумен, ул. „Милан Борисов” № 16
www.csop-shumen.com тел. 054/ 860-349 – директор;
054/860-340 – канцелария; e-mail: info-2700133@edu.mon.bg

Вх.№……/…….

ДО ДИРЕКТОРА
НА ЦСОП – ГР. ШУМЕН

З А Я В Л Е Н И Е

от……
/родител, настойник – име, презиме, фамилия /

адрес: град / село…….ул……

телефонен номер:…….

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Заявявам желанието си детето ми

……..
да участва в лятна работа – занимания по интереси с осигурено присъствие на родител, която ще се проведе в периода от ……. до…….. в Център за специална образователна подкрепа – Шумен.

Дата:……. Подпис:……

гр. Шумен