ДО ДИРЕКТОРА
НА ЦСОП – ШУМЕН

З А Я В Л Е Н И Е

от:…….
(трите имена на родителя/настойника)

адрес:……...

телефон за контакт:……

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Заявявам желанието си детето ми:

……..

(име, презиме, фамилия, ЕГН)

с личен лекар – име и телефон……

Записано в

…….....

(възрастова група/клас, ДГ/училище, населено място)

да се обучава в изнесена група/паралелка в ЦСОП – гр. Шумен през учебната 20…../20…….. година.

Дата:……

С уважение,
Родител/настойник:……