



Вх.№ /

До Директора
на Второ ОУ „Васил Левски“
гр. Костинброд

ЗАЯВЛЕНИЕ

От

/ име на родителя, настойника /

Живуш в гр. ул. №

(адрес по лична карта)

гр. ул. №

(адрес по местоживееене)

Месторабота: длъжност:

Тел.за връзка:

Госпожо Директор,

Моля синът /дъщеря/ ми

ЕГН, роден /а/ на

в гр., област

Живуш /а/ на адрес: гр./с./, ул.

Личен лекар, тел.на лекаря

Решение на ТЕЛК НЕ / ДА №.....

Решение на ЕПЛР за наличие на специални образователни потребности НЕ / ДА

Хронични заболявания НЕ / ДА /опишете/.....

Декларирам, че детето ми ИМА / НЯМА специални образователни потребности (СОП)

До настоящият момент е ученик/чка в

.....

/ име и адрес на училище / детска градина/

**Да бъде приет /а/ като редовен /а/ ученик /чка/ в клас през/.....година
в повереното Ви училище.**

Данни за другия родител:

Име, презиме, фамилия:

Живуш: гр. ул.

Месторабота: длъжност:

Тел. за връзка:

Прилагам :

1. Ксерокопие от акта за раждане на детето.
2. Решение на ТЕЛК (ако е приложимо)

Дата:

Родител/настойник: