СРЕДНО УЧИЛИЩЕ „ЛЮБЕН КАРАВЕЛОВ“ – ГРАД ДОБРИЧ

*ж.к. „Балик“ № 5, тел: 058/660006; 058/660010, 058/585375; 058/680175*

*e-mail: soukaravelov@gmail.com*

**

До Директора

на СУ „Любен Каравелов“

град Добрич

***З А Я В Л Е Н И Е***

от .........................................................................................................................................................

 /родител, настойник/

адрес:..........................................................................................................................

телефон:......................................................

***Уважаема госпожо Директор,***

Желая детето ми ..................................................................................................,

/име, презиме, фамилия/

родено на ....................................... година,

което посещава ДГ № ……………, да бъде записано в първи клас на повереното Ви училище за учебната 2019/2020 година и да се обучава при:

 полудневен режим;

 целодневен режим.

***С уважение:.......................***

 /родител/настойник/