

СРЕДНО УЧИЛИЩЕ „ЛЮБЕН КАРАВЕЛОВ“ – ГРАД ДОБРИЧ  
ул. „Теменуга“ № 56, тел: 058/660006; 058/660010; 058/585375; 058/591367

e-mail: [info-800016@edu.mon.bg](mailto:info-800016@edu.mon.bg); [info@karavelov.com](mailto:info@karavelov.com)



До Директора  
на СУ „Любен Каравелов“  
гр. 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 2025/2026 година и да се обучава при:

полудневен режим;

целодневен режим.

(Отбележете със знак X квадратчето на желаната организация на обучение)

**С уважение:**.....  
(родител/настойник)