

СРЕДНО УЧИЛИЩЕ „ЛЮБЕН КАРАВЕЛОВ“ – ГРАД ДОБРИЧ

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

e-mail: soukaravelov@gmail.com

Вх. № УМ-02-...../..... година



До
Директора
СУ „Любен Каравелов“
град Добрич

ЗАЯВЛЕНИЕ

ОТ

(Име, презиме и фамилия)

.....

(адрес и телефон за кореспонденция)

Родител на

(Име, презиме и фамилия),

ученик в клас за учебна 20..../20.... г.

Относно: Преместване в клас за учебна 20..../20.... г.

УВАЖАЕМИА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Заявявам желание синът ми/дъщеря ми

.....

(Име, презиме и фамилия на ученика/ученичката)

да бъде приет/а за ученик/ученичка в ... клас за учебна 20...../20..... г.,
профил/професия/специалност (ако е приложимо)

До момента се е обучавал/обучавала в

(наименование на училището, населено място)

профил/професия/специалност (ако е приложимо)

и има завършен (клас/срок).

Надявам се, че заявеното желание за преместване на сина ми/дъщеря ми в
повереното Ви училище ще бъде удовлетворено.

Декларирам съгласие личните данни на сина ми/дъщеря ми да бъдат
обработвани от образователната институция при спазване на ЗЗЛД.

С уважение:

(подпис)

Дата: