

СУ “ПЕТКО РАЧОВ СЛАВЕЙКОВ” ВИДИН

3700 Видин, ул. “П.Р.Славейков” № 26, тел. 094/600 218, e-mail: sou8_vidin@abv.bg

Вх. №

**ДО
ДИРЕКТОРА
НА СУ „ПЕТКО РАЧОВ СЛАВЕЙКОВ“
ГР./С. ВИДИН**

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.

УВАЖАЕМИ/А ГОСПОДИН/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: