Приложение № 3 трайни увреждания

ДО вх.№

ДИРЕКТОРА

НА СУ „ЕПИСКОП КОНСТАНТИН ПРЕСЛАВСКИ”

ГР. БУРГАС

З А Я В Л Е Н И Е

ОТ ………………………………………………………………………………….

*/ТРИТЕ ИМЕНА НА УЧЕНИКА/*

АДРЕС: ………………………………………………………………………………

ученик от ………………… клас през учебната 2023/2024 година

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,

 Изявявам желание да получавам стипендия **по чл.4, ал.1, т.3 - ЗА ПОДПОМАГАНЕ НА УЧЕНИЦИ С ТРАЙНИ УВРЕЖДАНИЯ** за ………………….. срок на учебната 2023/2024 година.

***Прилагам:***

1. Копие на медицински документ, удостоверяващ обстоятелствата около точното заболяване.

 Надявам се желанието ми да бъде удовлетворено.

С уважение - ученик: Класен ръководител:

……… ……………………………...

Име ………………………..

Подпис …………………….

Родител:

………………………………………………………………………… - …………..

/ име, фамилия, подпис /

Медицински специалист в училището:

………………………………………………………………………… - …………..

/ име, фамилия, подпис /