

ДО
ДИРЕКТОРА
НА СУ „ЕПИСКОП КОНСТАНТИН ПРЕСЛАВСКИ”
ГР. БУРГАС

вх.№

ЗА Я В Л Е Н И Е

ОТ
/ТРИТЕ ИМЕНА НА УЧЕНИКА/

АДРЕС:

ученик от клас през учебната 2024/2025 година

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,

Изявявам желание да получавам стипендия по чл.4, ал.1, т.3 - ЗА ПОДПОМАГАНЕ

НА УЧЕНИЦИ С ТРАЙНИ УВРЕЖДЕНИЯ за срок на учебната
2024/2025 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 /