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 2025/2026 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 2025/2026 година.

***Прилагам:***

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

 Надявам се желанието ми да бъде удовлетворено.

С уважение – ученик (име, фамилия, подпис): Класен ръководител:

……… ……………………………...

Фамилия ………………………..

Подпис ………………………….

Родител:

…………………………………………………………………….………… - ………..……..

/ име, фамилия, подпис /

Медицински специалист в училището:

…………………………………………………………………………….… - ……………...

/ име, фамилия, подпис /