

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

вх.№ _____

З А Я В Л Е Н И Е

ОТ
/трите имена на ученика/

АДРЕС:

ученик от клас през учебната 202...../202..... 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 202...../202..... 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 /