**МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА**

**ОСНОВНО УЧИЛИЩЕ „КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“**

**с. Крушовене, общ. Долна Митрополия, обл. Плевен,**

**ул. „9-ти септември“ №2 *тел: 0877831352***

Вх.№ ................/...............................г.

ДО

ДИРЕКТОРА НА

ОУ „КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“

С. КРУШОВЕНЕ

З А Я В Л Е Н И Е

**Данни за майката:**

От ...............................................................................................................ЕГН.............................................. адрес: .............................................................................................................................................................. дом.тел...........................................................мобилен телефон....................................................................

**Данни за бащата:**

От ...............................................................................................................ЕГН.............................................. адрес: .............................................................................................................................................................. дом.тел...........................................................мобилен телефон....................................................................

e-mail.................................................................

 **Господин/Госпожо Директор,**

 Желая синът /дъщеря/ ми .................................................................................................................

 /име, презиме, фамилия/

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЕГН:  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

роден/а на ..............................20......г. в гр./с................................................................................................ да бъде записан/а в **ПЕТИ** клас на повереното Ви училище през учебната 2020/2021 г.

Запознат/а съм с Училищния учебен план и с Правилника за дейността на училището.

Личен лекар на детето, д-р ............................................................тел......................................................

дата:...................................... С уважение:............................................

Допълнителна информация от родителя:

.......................................................................................................................................................................... ..........................................................................................................................................................................

**ПРИЛАГАМ:**

1. **КОПИЕ ОТ АКТА ЗА РАЖДАНЕ**
2. **Удостоверение за завършен НАЧАЛЕН ЕТАП НА ОСНОВНО ОБРАЗОВАНИЕ**

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:**

1. Съм съгласен личните ни данни да се съхраняват и обработват от институцията при спазване на разпоредбите на Закона за защита на личните данни.

2.Информиран/а/ съм, че всички предоставени данни са лични по смисъла на ЗЗЛД и като такива попадат под специален режим на защита.

Родител:

 *подпис*