МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА

ОСНОВНО УЧИЛИЩЕ „КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“
с. Крушовене, общ. Долна Митрополия, обл. Плевен,
ул. „9-ти септември“ №2 e-mail: info-1500907@edu.mon.bg

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 2024/2025 г.

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

Дата:..... С уважение:.....

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/Настойник:
/подпис/