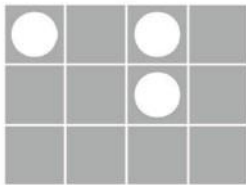


Специално училище за ученици с нарушено зрение
"Проф. д-р Иван Шишманов"



9003 Варна, кв. Аспарухово, местност "Вилите"
тел.: 052/370 416, 052/370 415, 052/370 414
e-mail: info-400054@edu.mon.bg, www.suunzvarna.com

ДО
ДИРЕКТОРА
НА СУУНЗ „Проф. д-р Иван Шишманов”
ГР. ВАРНА

З А Я В Л Е Н И Е

ОТ _____
(собствено, бащино и фамилно име на родителя/настойника)
живущ в гр./с. _____, община
_____, област _____ ж. к./ул.
_____, № _____, бл.
_____, вх. _____, ет. _____, ап. _____,
тел. за контакти _____,

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Моля, в качеството ми на родител/настойник на _____
_____, ученик/чка от _____ клас в повереното
Ви училище, да ми бъде издадено удостоверение за преместване на същия/ата.
Детето ми ще бъде записано като ученик/чка в училище _____
_____,
област _____, община _____, град _____.
Прилагам служебна бележка от приемащото училище, Изх. № _____
от _____ Г.

дата: _____

С уважение: _____
(подпис на родителя/настойника)