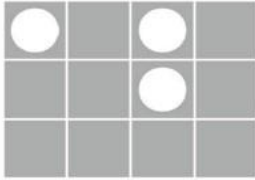


**Специално училище за ученици с нарушено зрение  
"Проф. д-р Иван Шишманов"**



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/настойник)*

живущ в гр./с. \_\_\_\_\_

община \_\_\_\_\_, област \_\_\_\_\_

ж.к./ул. \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

бл. \_\_\_\_\_, вх. \_\_\_\_\_, ет. \_\_\_\_\_, ап. \_\_\_\_\_,

тел. за контакт: \_\_\_\_\_,

**УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

Желая детето ми \_\_\_\_\_

*(собствено, бащино и фамилно име на детето/ученика)*

ЕГН \_\_\_\_\_, ученик/чка в \_\_\_\_\_ клас в повереното Ви училище, да се обучава в електронна среда от разстояние по медицински причини през учебната \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ г. за срок от 30 учебни дни, считано от.....до.....202... г.

Прилагам следните медицински документи:

1. ....
2. ....

Дата: \_\_\_\_\_

С уважение: \_\_\_\_\_

*(подпис на родителя/настойника)*