



СУ „ИВАН ВАЗОВ“
8900 Нова Загора, ул. Петко Енев 54
☎0457/ 62044 e-mail: souvazov_nz@abv.bg

До Директора
на СУ „Иван Вазов“ - Нова Загора

Вх.№ РД – 04 -/.....2017г

З А Я В Л Е Н И Е

От.....
(име, презиме, фамилия на родителя/настойника/ лице полагащо грижи за детето)

/майка/..... ЕГН.....

/баща/..... ЕГН

Родител на:.....
(име, презиме, фамилия на детето)

адрес: гр./с.....ул./ж.к.....№.....

бл. вх..... ет..... ап..... телефон за връзка.

Госпожо Директор,

Заявявам желанието си синът/дъщеря ми.....

..... ЕГН.....
(име, презиме, фамилия на детето)

месторождение:

да бъде записан/а в подготвителна група /ППГ / на повереното Ви училище за учебната 2017/2018г.

Личен лекар на детето:.....

Прилагам следните документи:

- 1.Талон за здравословното и имунизационно състояние на детето.
2.
3.

Декларация:

Във връзка със Закона за защита на личните данни, доброволно предоставям личните си данни, както и тези на детето ми на СУ „Иван Вазов“ и съм съгласен/съгласна да бъдат съхранявани и ползвани служебно нормативните документи.

Дата:.....
гр. Нова Загора

Родител:.....
/подпис/