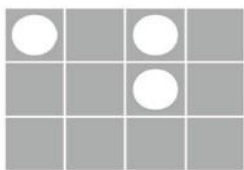


**Специално училище за ученици с нарушено зрение
"Проф. д-р Иван Шишманов"**



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

Вх. №/.....

**ДО
ДИРЕКТОРА
НА СУУНЗ „ПРОФ. Д-Р ИВАН ШИШМАНОВ”
ГР. ВАРНА**

ЗАЯВЛЕНИЕ

за записване на ученик в клас

от,
родител/настойник на,
живущ/а в гр./с.общ.,
обл.....ул.....
тел. за контакти

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Изразявам желанието си синът/дъщеря ми

.....
ЕГН..... да бъде приет/а за обучение
в..... клас в повереното Ви училище.

Прилагам Становище на РЦПППО за насочване за обучение в
повереното Ви училище.

.....Г.

С УВАЖЕНИЕ:.....
/...../