Вх. № ……20…….. г.

ДО
ДИРЕКТОРА
НА СПЕЦИАЛНО УЧИЛИЩЕ
ЗА УЧЕНИЦИ С НАРУШЕНО ЗРЕНИЕ
„ПРОФ. Д-Р ИВАН ШИШМАНОВ”
ГР. ВАРНА

З А Я В Л Е Н И Е

От .....

/трите имена на родителя/настойника/

……..

живущ: област .....,

община .....,

гр. /с./ .....

ж.к. /ул. .....

№ ....., бл. ....., вх. ....., ет. ....., ап. .....

телефон за контакти: .....E-mail: ……

ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Моля синът ми/дъщеря ми …….

/трите имена на ученика/

ученик в …… клас, специалност „……“

в ……
/пълно наименование на училището, в което се обучава ученика/

да бъде преместен/а в …… клас, специалност……..” в повереното Ви учебно заведение.

гр. Варна, ... 20……. год.

РОДИТЕЛ /НАСТОЙНИК/ .....