гр. Бургас ул. “Христо Ботев” 42

тел/факс 817690- Директор
817694- Зам. Директор
817693- Канцелария

web : http://ivazov-burgas.com
e-mail: info-200227@edu.mon.bg

ДО ДИРЕКТОРА НА
СУ „ИВАН ВАЗОВ”
гр. Бургас

З А Я В Л Е Н И Е

От …….....
(трите имена на родителя, настойника)

Адрес: гр./с. ....., ж.к. ....., бул./ул. .....

.....№ ……....…..., бл. ....., вх. ....., ап. .....,
.
тел. .....; e-mail. …….....…...……

Господин Директор,

Моля синът/ дъщеря ми .....,
(трите имена на ученика)

ЕГН....., да бъде записан/а в VIII-ми клас в професионална паралелка **„Асистент на лекар по дентална медицина”**, с изучаване на Английски език, през учебната 2024/2025 година.

Прилагам следните документи:

1. Оригинал на Свидетелство за основно образование
2. Оригинал на медицинско свидетелство, издадено от общопрактикуващия лекар
3. Служебна бележка с входящия номер на ученика

Дата: .....…
гр.Бургас

Родител: .....
(подпис)