



гр. Бургас, ул. "Христо Ботев" 42
тел./факс 817690 - директор
0885782294- зам. директор
0886108863- 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
ЗА ПРИЗНАВАНЕ НА ЗАВЪРШЕН ПЕРИОД ИЛИ КЛАС ЗА КЛАСОВЕТЕ ОТ I
ДО VI ВКЛЮЧИТЕЛНО ПО ДОКУМЕНТИ, ИЗДАДЕНИ ОТ УЧИЛИЩЕ НА
ЧУЖДА ДЪРЖАВА ИЛИ ОТ УЧИЛИЩЕ ОТ СИСТЕМАТА НА
ЕВРОПЕЙСКИТЕ УЧИЛИЩА

ЛИЧНИ ДАННИ НА ПОДАТЕЛЯ	
Име, презиме и фамилия:	
Адрес	Град/село:
	ул.
	тел.:
	ел. поща:

Моля да бъдат разгледани документите на:

ЛИЧНИ ДАННИ НА УЧЕНИКА	
Име:	
Презиме:	
Фамилия:	
Гражданство:	
ЕГН (ЛНЧ) Дата на раждане	
Адрес	Град/село: пощенски код:
	ул./бул./ж.к.
	бл., вх., ет., ап.
	тел.:
	ел. поща:

Ученикът/чката е завършил/а клас в

..... през г.
(наименование и местонахождение на училището, държава)



гр. Бургас, ул. "Христо Ботев" 42
тел./факс 817690 - директор
0885782294- зам. директор
0886108863- зам. директор
817693- канцелария

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

Моля, след признаване на завършен период/клас, синът/дъщеря ми да бъде
записан/а в клас.

ПРИЛОЖЕНИ ДОКУМЕНТИ	
1. Документ за завършен клас - оригинал	
.....	бр.
.....	бр.
.....	бр.
.....	бр.
.....	бр.
.....	бр.
.....	бр.
.....	бр.
2. Други: (удостоверение за последен завършен клас в българско училище)	
.....	бр.

..... 20.... г.

ПОДПИС:
(подател)