ОБУ“НЕОФИТ РИЛСКИ“ С.ДЕРМАНЦИ ОБЛ.ЛОВЕЧ

ДО ДИРЕКТОРА

НА ОБУ „НЕОФИТ РИЛСКИ”

С.ДЕРМАНЦИ

**З А Я В Л Е Н И Е**

От ..............................................................................................................................................

Ученик от ………………………………през учебната ........./........... г.

 УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Заявявам желание да получавам стипендия като ученик с трайни увреждания за учебната ........../.......... г.

 Прилагам следните документи:

1. ..................................................................................................................................................................................................................................................
2. ..................................................................................................................................................................................................................................................

 Надявам се желанието ми да бъде удовлетворено.

 С уважение:............................................

 /............................................./

Родител/Настойник:

Име ..................................................

Подпис ............................................