

**ДО
ДИРЕКТОРА
НА СУ“Д-Р ПЕТЪР БЕРОН“ГР.КОСТИНБРОД**

З А Я В Л Е Н И Е

от _____
/трите имена/
ЕГН _____ ученик от _____ клас, през учебната _____/_____ година
Гражданство _____ /статут на пребиваване за чуждите граждани/
Тел. _____

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,

Желая да получавам месечна стипендия за подпомагане на ученик с трайни увреждания. Прилагам копие от решение на ТЕЛК/НЕЛК № _____
_____.

Ученик: _____
подпис

Родител,
настойник/попечител _____ - _____
подпис *трите имена*