**СРЕДНО УЧИЛИЩЕ “Св. ПАИСИЙ ХИЛЕНДАРСКИ”**

**Гр. Хасково, ул. “Кресна” №1, тел. 62 41 20, 62 45 34, факс 62 41 34, e-mail: soup@abv.bg**

|  |
| --- |
|  |

Вх. № ................./...........................................

До

Директора

на СУ «Св.Паисий Хилендарски».

Гр. Хасково

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от …………………………………………………………………………………………………………………………

Уважаема/и г-жо/г-н Директор,

Моля детето ми да бъде записано в поверената Ви училище в І клас за учебната …..…......./……........... г.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Данни за детето** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Трите имена: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ЕГН / ЛНЧ |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | |
| Специфични здравословни проблеми на детето (в т. ч. алергии) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полетата 2. и 3. по-долу се попълват само, ако детето има брат/сестра, които са близнак/тризнак | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.Трите имена: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ЕГН / ЛНЧ |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | |
| Специфични здравословни проблеми на детето (в т. ч. алергии) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 3.Трите имена: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ЕГН / ЛНЧ |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | |
| Специфични здравословни проблеми на детето (в т. ч. алергии) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Настоящ адрес: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Личен лекар: | | | | | име: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| телефон: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ДКЦ: |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Данни за родителите (настойниците)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Трите имена на майката: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ЕГН / ЛНЧ | |  | |  | | |  | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |
| Адрес: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Месторабота: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Длъжност : | |
| Образование | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Телефони: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | e-mail: | |
| Трите имена на бащата: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ЕГН / ЛНЧ | |  | |  | | |  | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |
| Адрес: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Месторабота: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Длъжност : | |
| Образование | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Телефони: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | e-mail: | |

трите имена на родителя (настойника)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Прилагам следните документи:** | | **Въведете**  **„ДА” при наличност** |
| 1. | Копие от удостоверението за раждане на детето (оригинал за сверяване) |  |
| 2. | Лична карта на родител (само за сверяване) или документ от ГРАО за настоящ адрес на детето |  |
| 3. | Служебна бележка от работодателя (с ЕИК, изх.№, адрес, мокър печат и подпис ) на майката |  |
| 4. | Служебна бележка от работодателя (с ЕИК, изх.№, адрес, мокър печат и подпис ) на бащата |  |
| 5. | Копие от протокол на ЛКК или експертно решение на ТЕЛК или НЕЛК за дете с трайни увреждания над 50% (оригинал за сверяване). |  |
| 6. | Копие от акт за смърт на родител/и |  |
| 7. | Удостоверение за завършена подготвителна група |  |
| 8. | Писмена декларация на родителя, с която удостоверява, че детето не е посещавало подготвителна група |  |
| 10 | Друго:..........................................................................................................................................  (Описва се документът) |  |

**Потвърждавам, че ЖЕЛАЯ/ НЕ ЖЕЛАЯ** дъщерями/синът ми да посещава групите за целодневна организация на учебния ден.

*(огражда се верният отговор)*

**Декларирам:**

1. Запознат/а/ съм с правилата за целодневна организация на учебния ден в училището.

2. Информиран/а/ съм, че всички предоставени данни са лични по смисъла на ЗЗЛД и като такива попадат под специален режим на защита.

С уважение: ……………………………

/подпис/ Дата:.......................