Вх. № ................./........................................... ***Приложение №12 към чл.26***

/издава се от дневник ЕДСД на училището/

До

Директора

на ..............................................................................

Гр. Велико Търново /училище/

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

трите имена на родителя (настойника)

Уважаема/и г-жо/г-н Директор,

Моля детето ми да бъде записано в повереното Ви училище в I (първи) 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) |  |
|  |
| Постоянен адрес: |  |
| Настоящ адрес: |  |
| Личен лекар: | име: |
| телефон: | ДКЦ: |
|  |
| **Данни за родителите (настойниците)** |
| **майка** | Трите имена: |
| ЕГН / ЛНЧ  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Постоянен адрес: |  |
| Настоящ адрес: |  |
| Месторабота:  | Длъжност : |
|  |
|  |
| Телефони:  |  e-mail: |
| **баща** | Трите имена: |
| ЕГН / ЛНЧ  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Постоянен адрес: |  |
| Настоящ адрес: |  |
| Месторабота:  |  | Длъжност : |
|  |
|  |
| Телефони:  | e-mail: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Прилагам следните документи:** | **Въведете****„ДА” при наличност** |
| 1. | Копие от удостоверение за раждане на детето (оригинал за сверяване) |  |
| 2. | Документ от ГРАО за постоянен/настоящ адрес на детето  |  |
| 3. | Удостоверение за завършена подготвителна група |  |
| 4. | Писмена декларация на родителя, с която удостоверява, че детето не е посещавало подготвителна група |  |
| 5. | Документ от регионалния екип за подкрепа на личностното развитие на децата със СОП – за детето, кандидатстващо за прием |  |
| 6. | Копие от протокол на ЛКК или експертно решение на ТЕЛК или НЕЛК за дете с трайни увреждания над 50% (оригинал за сверяване) |  |
| 7. | Копие от акт за смърт на родител/и |  |
| 8. | Служебна бележка от ръководителя на социално заведение |  |
| 9. | Писмо от Началника на РУО-Велико Търново |  |
| 10. | Други относими документи |  |

**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: …………………………… Дата: ….........................

/подпис/